

□ 短期入所生活介護事業

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携 帯 電 話	()
申込者氏名		続 柄	
入所対象者本人の同意の有無		有 無	

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用施設を利用したいので、次のとおり申し込めます。					
対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女	
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日	
			保 険 者		
	介護保険被保険者番号		保険者番号		
	要 介 護 度		現住所	〒	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()			
現 況	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ 家族と同居 () ☐ 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) ☐ 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 () ◇ 担当ケアマネージャー ()(Tel)				
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女	
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日	
			同居の別	☐ 同居 ☐ 別居	
	本人との関係		家族構成		
	現 住 所	〒			
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()			
介護者の意見 (介護の困難事由)					
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女	
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日	
			同居の別	☐ 同居 ☐ 別居	
	連絡先(電話)		本人との関係		
現 住 所	〒				
申込状況	☐ 当施設にのみ申し込む ☐ 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :				
説明確認・同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。				
	本 人 _____ 家族(又は代理者) _____				

面接の際に健康診断書の提出を求められた方は、診断書を添付してください。

受付者	判定結果