

## 特別養護老人ホーム寿恵園入所申込書

年 月 日

特別養護老人ホーム 寿恵園

施設長 原田 康光 様

申込者氏名 続柄 ( )

住 所

電話番号

携帯番号

特別養護老人ホーム寿恵園に入所したいので、次の通り申込み致します。

入所対象者	被保険者番号				保険者番号		
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください					
	氏名						
	生年月日	1・明治	2・大正	3・昭和	性別	1・男 2・女	
		年	月	日			
	要介護区分	要介護度 1・2・3・4・5 (要介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)					
	認定有効期間	年 月 日 から					
		年 月 日 まで					
住 所							
電話番号	— —		F A X 番号		— —		
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等	
					同・別		
					同・別		
					同・別		
特例入所申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)							

私は、上記入所申込者情報について、寿恵園が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

対象者名

印

申込者名

印

(施設記入欄)

受付No.	受付年月日	年 月 日	受付	特記事項	
	受付者氏名		印		