特別養護老人ホーム　　入　居　申　込　書

申込年月日　平成　　年　　月　　日

申込希望施設（レ点を記入）

☐　特別養護老人ホーム　くりの木

☐　特別養護老人ホーム　アルシェふるまち　　☐　両施設

申込者

ふりがな 氏　名		続　柄	
住　所	〒 電話番号（　　）　　－		

身元引受人　☐　申込者と同様

ふりがな 氏　名		続　柄	
住　所	〒 電話番号（　　）　　－		

＊所要事項に記入あるいは〇をお願いします。

利用者 氏　名	ふりがな	生年月日	T　S　　年　　月　　日		
		性　別	男　・　女	年　齢	満　　歳
住　所	〒 電　話（　　）　　－				
介護保険被保険者番号		保険者名			
要介護度	1　・　2　・　3　・　4　・　5　・　申請中				
認定有効期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日				
担　当 介護支援専門員	いる　・　いない	事業所名			
	氏　名	連絡先			
健康保険	1．後期高齢者健康保険　2．国民健康保険　3．社会保険（政官・組合・船員・日雇）				
障害者手帳	有　・　無　　障害名（　　）　第　　種　　級				
年　収	金額　約　　円	生活保護	有　・　無		
年金の種類	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・恩給・老齢福祉年金・その他				
入居希望時期	今すぐ　・　半年くらい先　・　1年くらい先　・　将来必要時				
現在の状況	1、自宅　☐　一人暮らし　☐　高齢者のみの世帯　☐　その他(同居家族あり) 2、入院中　3、施設入所中　4、その他				
	いつ頃から（　　）　施設・病院名（　　）				

家族構成（同居されている家族）

氏　　名	続　柄	年　齢	就　　労	病気・疾病等の有無
			あり・なし	
			あり・なし	
			あり・なし	
			あり・なし	

家族構成（同居していない家族）

氏　　名	続　柄	年　齢	就　労	病気・疾病等の有無
			あり・なし	
			あり・なし	
			あり・なし	
			あり・なし	

医療の状況

病　　名	医療機関	時　　期	治療の状況
		年　　月頃～	治療中　・　治療終了
		年　　月頃～	治療中　・　治療終了
		年　　月頃～	治療中　・　治療終了
		年　　月頃～	治療中　・　治療終了

初めて介護保険を申請したのはいつですか　：　平成　　年　　月　頃

申請後から現在までの経緯　：

入居希望の理由（具体的にご記入ください）　：

説明・確認及び情報収集・基本調査票等開示についての同意

私は、貴施設への利用申し込みに際し、利用申し込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法ならびに貴施設のリスクに関する内容について施設から説明を受けました。尚、貴施設が利用順位決定の為必要な範囲内において、私(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

平成　　年　　月　　日

利用希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

利用希望者の家族氏名（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）　印