

# 介護老人保健施設やすらぎの杜 入所申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人正和会  
介護老人保健施設やすらぎの杜 施設長殿

住 所 \_\_\_\_\_

申込者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) -

次のとおり、介護老人保健施設やすらぎの杜に入所申込を致します。

続 柄 \_\_\_\_\_

入所希望者	ふりがな		性別	生年月日	明治・大正・昭和		
	氏 名		男 女		年 月 日 ( 歳 )		
	住 所	〒 _____					
	介護保険	要介護度等	1・2・3・4・5・申請中			保険者	市・町・村
		被保険者番号				認定期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
		ケアプラン作成事業所		作成者 ( )			
	介護保険負担割合証	1割・2割	介護保険負担限度額認定証	未申請・食費負担限度額 300円・390円・650円・非該当			
	健康保険種別	国保・社保・共済・後期高齢・その他( )					
障害者手帳	無・有( )種( )級 障害名( )						
年 金	種類:	額:		生活保護受給状況	有・無		
連絡先	第一	ふりがな		自宅電話	( ) -		
		氏 名		勤務先電話	( ) -		
				携帯番号	( ) -		
	住 所					続 柄	
	第二	ふりがな		自宅電話	( ) -		
		氏 名		勤務先電話	( ) -		
				携帯番号	( ) -		
	住 所					続 柄	
	第三	ふりがな		自宅電話	( ) -		
		氏 名		勤務先電話	( ) -		
				携帯番号	( ) -		
	住 所					続 柄	

現在の状況	家族状況	独居・夫婦のみ・子供と同居・その他( )		
	現在の居所	入院中 ( 入院先の病医院名 : / ~ ) ( 病 名 : ) 施設入所中 ( 施設名 : / ~ ) 在宅 居宅サービス利用 : 無・有( 訪問・通所・ショート・福祉用具貸与 )		
入所申込理由				
希望入所時期	1	今すぐ入所を希望する		
	2	3ヶ月以内の入所を希望する		
	3	1年以内の入所を希望する		
	4	当面の入所は希望しないが、必要になったら入所したい		
	5	その他( )		
入所希望施設	1	特別養護老人ホーム 介護老人福祉施設	申込	未・済(施設名: )
	2	介護老人保健施設	申込	未・済(施設名: )
	3	介護療養型医療施設	申込	未・済(施設名: )
退所後の予定	入所希望期間		( 月 ) ・ ( 年 ) ・ その他( )	
	1	自宅に戻る		
	2	家族宅に転居		
	3	施設に入所		
	4	その他( )		
施設への希望	部屋の希望	1	個室	
		2	部屋にトイレと洗面台のある2人部屋	
		3	部屋に洗面台のみある2人部屋	
		4	上記1. 2. 3以外の2人部屋・4人部屋	
		5	どの部屋でもかまわない	
備考				