

介護老人保健施設やすらぎの杜 入所申込書

令和 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

氏 名

申込者

電話番号

続 柄

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。

入所希望者	ふりがな		性別	大正・昭和		
	氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒 -		電話番号	() -	
	介護保険	要介護度	1・2・3・4・5・申請中		保険者	市・町・村
		被保険者番号			認定期間	年 月 日～ 年 月 日
		ケアプラン作成事業所		作成者()		
	健康保険種別	国保・社保・共済・後期高齢・その他 ()			介護保険負担割合	割
	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		() -	
			携帯電話		() -	
	住所				続柄	
	第二	ふりがな	自宅電話		() -	
		氏名	勤務先電話		() -	
			携帯電話		() -	
	住所				続柄	
	第三	ふりがな	自宅電話		() -	
		氏名	勤務先電話		() -	
			携帯電話		() -	
	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 有・無 (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	当面は入所を希望しないが、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	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				