

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 _____

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・天正・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	令和 年 月 日～ 令和 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				