

管理者 様

申込者 住所 〒 -

氏名 続柄 ()

電話番号 ()

連絡先 ()

【 】に入居を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入居希望者	サービス受給者証番号													
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください												
	氏名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日						年齢	歳					
	住所	〒 -												
	電話番号	()						FAX番号	()					
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分認定申請中 (申請日：令和 年 月 日)												
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで												
	現在の環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()												
	担当相談支援支援事業所名							担当相談支援専門員名						
その他の施設申込状況	・ ・ ・ ・						・ ・ ・ ・							
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								

私は、上記入居申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定の他、入所ガイドラインによる判定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。

【「福祉サービス受給者証」「各種手帳」「お薬情報」の写しを添付】

入居希望者氏名

申込者氏名

(施設記入欄)

特記事項			受付印	