

地域密着型特別養護老人ホーム うぐいす城東 入居申込書

令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム うぐいす城東
施設長 谷 口 均 様

申込者氏名 (続柄)

住 所

電 話 携 帯

地域密着型特別養護老人ホーム『うぐいす城東』に入居したいので、次の通り申し込み致します。

	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください。
入居対象者	フリガナ氏名	※必ずフリガナもご記入ください										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女					
	要介護状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 令和 年 月 日)										
	認定有効期間	令和		年		月		日	から	※平成の場合は二重線で令和を消して下さい		
		令和		年		月		日	まで			
	住 所	〒										
	電 話 番 号						F A X 番 号					
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居/別居	別居先の住所 / 電話番号						
						〒				TEL		
							〒				TEL	
特列入居申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)												

私は、上記入居申込者情報について、地域密着型特別養護老人ホームうぐいす城東が市町村介護保険事業計画策定等のため、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。

居宅介護支援事業所名 _____
介護支援専門員名 _____
電話番号 _____

対象者名 _____ 印
申込者名 _____ 印

(施設記入欄) 【受付No. _____】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			