

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	
		年	月	日											
	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						FAX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 対象者名 印

介護支援専門員名 申込者名 印

電話番号

(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			