

## 社会福祉法人北星会 入所施設申込書

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
本人氏名					
本人住所	(〒 - ) (TEL )				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
認定の有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で介護サービスを利用している。				
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(院)中 【施設(病院)名】				
担当ケアマネジャー	【事業所名】		【氏名】	【電話番号】	
かかりつけの医療機関					
申込施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム与謝の園(与謝野町) <input type="checkbox"/> 北星会以外の施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム天橋の郷(宮津市) ( )				

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
申込者氏名					
申込者住所	(〒 - ) (TEL )				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※申込者と主たる介護者が同一の場合は、記入不要。

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
主たる介護者氏名					
住所	(〒 - ) (TEL )				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

【入所申込み理由】 (困っていることなど)

-----  
 -----  
 -----  
 -----

介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所希望します。また次の項目について同意します。

- ・入所希望者の状況について、申し込み施設から担当ケアマネージャー並びに市町村担当課に照会すること。
- ・入所待機中に本申し込み施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は、速やかに申し込み施設に連絡すること。
- ・入所施設申込書の有効期限は申込日から2年間とし、以降は再申込みすること。（再申込みなければ破棄する）

平成 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※注：施設記入欄

受付日	平成 年 月 日	受付番号	
辞退・削除等	平成 年 月 日	事由	