

# 住宅型有料老人ホーム 六連星（むつらぼし） 入所申込書

申込者(今後の郵便物・電話等の連絡先)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	-
住所	
氏名	
電話	( )

(ふりがな)	
本人氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 生年 月 日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( ) 歳

本人住所				
------	--	--	--	--

要介護度	1・2・3・4・5	
------	-----------	--

介護保険証の区市町村名		要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
-------------	--	---------	---------------

家族 又は 親族 構成	氏名	続柄	年齢	住所・電話番号
	様			〒 電話 ( )
	様			〒 電話 ( )
	様			〒 電話 ( )

現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 福祉施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> その他 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。			
	※施設名又は病院名:	※所在地(市区名のみ):		
	※入所又は入院期間: 年 月 日から 入所・入院している。			

入所希望理由				
--------	--	--	--	--

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい			
--------	--	--	--	--

医療の状況	【現在治療中・既往歴など】			
-------	---------------	--	--	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後の施設も申し込む予定。 ※既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ※今後申し込む予定の他の施設名 ( )			
------	---	--	--	--

介護支援専門員について	担当介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 様 ○事業所名称			
-------------	---	--	--	--

同意書	・申込施設が担当介護支援専門員から必要な入所申込者等の状況情報を受けることに同意します。 令和 年 月 日			(印)
-----	--	--	--	-----