

特別養護老人ホーム 香の里 入所申込書

申 込 日		年	月	日
受 付 日		年	月	日

施設長 宮崎 豊 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ名 氏		続 柄	
住 所	〒 ー 【電話番号】 ()		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ名 氏		男・女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	(歳)
住 所	〒 ー 【電話番号】 ()						
介 護 保 険	被保険者番号	要介護 3 ・ 4 ・ 5					
認 定 期 間	年 月 日			～	年 月 日		
健 康 保 険	種 別			記号・番号			
年 金 等	種 別						
現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	病院 又は 施設	名 称				
			住 所				
		入院又は入所期間	年 月 日 ～				
現在利用している在宅サービスの状況 利用しているサービスに○をして()内に利用頻度を書いてください	1. 訪問介護 (月に 回 / 週間に 回)		6. 通所リハビリテーション (デ'竹?) (月に 回 / 週間に 回)				
	2. 訪問入浴介護 (月に 回 / 週間に 回)		7. 短期入所生活介護 (ショートステイ) (月に 回 / 週間に 回)				
	3. 訪問看護 (月に 回 / 週間に 回)		8. 短期入所療養介護 (月に 回 / 週間に 回)				
	4. 訪問リハビリテーション (月に 回 / 週間に 回)		9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()				
	5. 通所介護 (デ'竹サービス) (月に 回 / 週間に 回)		10. 在宅サービスは利用した事がない ()				
医療的処置の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】						