

## 豊田市内特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム  
小原安立 所長 様

平成 年 月 日

入所申込者	ふりがな			保険者名			
	氏名			介護保険 被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女		
	要介護度	1・2・3・4・5	認定有効期間	平成 年 月 日から 年 月 日			
	住所	〒 — 電話番号 ( )					
	現在いる 場所	<input type="checkbox"/> 住所に同じ ※病院名・施設名またはその他の場所を記入 <input type="checkbox"/> 病院・施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

主介護者	氏名			入所申込者 との関係		
	住所	〒 — 電話番号 ( )				

入所希望	入所希望 時期	おおむねの入所希望の時期を選択してください。 ※あくまで希望であり、入所の時期を確約するものではありません <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上先 (理由 )				
------	------------	---	--	--	--	--

申込状況	他の施設 への申込 状況	※他の施設にも入所申込みされる場合には、施設名を以下の空欄にご記入ください。 ・市内の特養 ( ) ( ) ( ) ・市外の特養 ( ) ( )				
------	--------------------	---	--	--	--	--

同意及び説明 確認	・入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 ・申込後に状態の変化、連絡先の変更、入所が不要となった場合は施設に申し出ます。 ・入所申込者・介護者の方を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等と下記の情報を共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 入所申込書内の項目に関する情報 <input type="checkbox"/> 申込後に生じた転出や死亡に伴う住民票の異動内容 <input type="checkbox"/> その他入所に関する必要な情報					
	平成 年 月 日 入所申込者または記入者氏名					印

事務処理欄	受付日		受付入力		調査	
	調査入力		判定日		判定結果	

