**様式1　　　　　　　　　特別養護老人ホーム　中通　入居申込書**

特別養護老人ホーム　中通

　　施設長　佐々木　将樹　殿

平成　　　年　　　月　　　日

申込者氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　住所

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入  居  対  象  者 | フリガナ |  | | | ※必ずフリガナも記入してください | | |
| 氏　　名 |  | | | 性別 | １　男　　２　女 | |
| 生年月日 | １明治　２大正　３昭和　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　歳 | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | ＦＡＸ番号 | |  |
| 家　族　状　況 | 氏　　名 | | 続柄 | 年齢 | 職　業 | | 別居先の住所・電話番号（同居の場合は同上） |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
|  | |  | 歳 |  | |  |
| 特例入所申し込み理由記載欄（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

※対象者の健康保険証、介護保険証のコピーの添付をお願いします。障害者手帳・負担限度額認定書がある場合はコピーを添付願います。

|  |
| --- |
| １、私は上記の入居申込者情報について、施設が市町村介護保険事業計画策定等の為の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。  ２、上記申込者の状況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新する事に同意します。  ３、介護認定が更新された場合には、当施設に連絡する事とし、認定の有効期間が満了し３ヶ月  　　経過しても更新の連絡がない場合には、入居申込を辞退したものとみなす事に同意します。  対象者氏名　　　　　　　　　　　　　印  申込者　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（施設記入欄）受付月日 　　　 受付職員氏名

|  |
| --- |
| 特記事項： |