

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) あさひ苑入居申込書

申込日 年 月 日
受付日 年 月 日

申請者	ふりがな					明・大・昭 年 月 日	
	氏名	(印) (続柄)				年 月 日	
	住所					電話 ()	
本人	ふりがな					性別 男・女	
	氏名	(印)					
	現住所					電話 ()	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)					
	介護保険者証	認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
		被保険者番号			要介護度	3・4・5 (1・2)	
		保険者	市・町・村	保険者番号	市町村番号		
その他 保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険 (種別 番号) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 年金等種別 (<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種類 判定 級 障害名)						
利用料の 支払	当施設の利用料の支払予定についてお答えください <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者負担 <input type="checkbox"/> 全額縁故者負担 <input type="checkbox"/> その他						
入居を希望 する理由 (該当するものすべてを 選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 単身で介護者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態、高齢、障害のため、介護が困難。 <input type="checkbox"/> 高度な介護 (医療行為等の必要性が高い等) を必要とし在宅介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が病院等に長期入院中などの状況により介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護や育児を行っている等十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。(自営業含む) <input type="checkbox"/> 介護者が遠距離存住の為、十分な介護が困難。				介護している上で特に困っていること		
家族	家族構成	氏名	年齢	続柄	本人と同居・別居	備考 (主たる介護者の方○)	
担当介護支援 専門員	事業所名					電話 ()	
	氏名						

貴施設の申し込みに関する手続説明事項について確認しました。

年 月 日 氏名 印 続柄

※申し込み後、介護度や入院先の変更など、大きな変化の生じた場合には随時ご連絡下さい。