様式１

特別養護老人ホーム寿恵園入所申込書

年　　月　　日

特別養護老人ホーム　寿恵園
施設長　　原田　康光　　様

申込者氏名　　続柄（　　）

住　　所

電話番号

携帯番号

特別養護老人ホーム寿恵園に入所したいので、次の通り申込み致します。

入所対象者	被保険者番号		保険者番号		
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください			
	氏名				
	生年月日	１・明治　２・大正　３・昭和 年　月　日	性別	１・男　２・女	
	要介護状態区分	要介護度　１・２・３・４・５ （要介護認定申請中　：　申請日　年　月　日）			
	認定有効期間	年　月　日から 年　月　日まで			
	住所				
	電話番号	－　－	ＦＡＸ番号	－　－	

家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等
					同・別	
					同・別	
					同・別	

特例入所申込理由記載欄　（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等）

私は、上記入所申込者情報について、寿恵園が市町村介護保険事業計画策定等のため、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。

対象者名

申込者名

（施設記入欄）

受付Ｎｏ．	受付年月日	年　月　日受付	特記事項	
	受付者氏名			