

地域密着型特別養護老人ホーム 八戸素心苑 入居申込書

記入日令和 年 月 日

特別養護老人ホーム

八戸素心苑 施設長 殿

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 八戸素心苑へ、本申込書(裏面は担当居宅介護支援専門員記入の入居申込者評価基準に係る意見書)により、入居の申し込みをいたします。

| | |
|-----|-------|
| 施設長 | 生活相談員 |
| | |

申込者ご氏名(身元引受人)

印

ご家族等のご記入欄

| | | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------|------------------------|------|------|-------|------|---|---|
| ふりがな | | | | 性別 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 |
| 入居希望者ご氏名 | | | | 男・女 | 年齢 | 歳 | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 電話番号 | | |
| 要介護度に○印 | 認定の有効期間 | | 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | |
| 現在の暮らしの状況 (し点を記入) | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中 (施設・病院名 _____) | | | | | | | | |
| かかりつけの病院名 | | | | 主治医名 | | | | | |
| 申込者 | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | 続柄: | | | | | |
| 申込者ご氏名 (身元引受人) | | | | | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 連絡のご希望順 | 連絡のお時間 | 連絡先種類 | 電話番号 | | | | | | |
| | | ご自宅 | | | | | | | |
| | | 携帯電話 | | | | | | | |
| | | 職 場 | | | | | | | |
| 申込者以外で連絡が取れる方 | 連絡のお時間 | 電話番号 | 続柄 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 入居希望の理由 | | | | | | | | | |