

平成 年 月 日

特別養護老人ホームみよし園 入所申請書

住所:

申込者 氏名: ⑩

利用者との続柄

電話:

携帯電話:

【利用対象者の状態を、下記の設問に従ってご記入下さい。】
全て記入して頂かないと、無効となる場合があります。

住所	〒		TEL	
			FAX	
(ふりがな) 氏名	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳		
利用理由				
現在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他			
入所希望時期	1、今すぐ入所したい 2、 年 月頃までに入所したい		希望部屋 多床室・個室・どちらでも	
介護保険	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険 被保険者番号() 保険者番号() 保険者の名称(市町村名) () ・介護認定 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・介護認定交付年月日 年 月 日 ・介護認定年月日 年 月 日 (初回・回) ・介護認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日 ・介護保険負担限度額認定証 有 →(食費の負担限度額 300円 390円 650円)・無 			
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療被保険者証番号() ・国民健康保険 (本人・家族) ・社会保険 (本人・家族) 			
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護 (福祉事務所) 			
身障手帳 (お持ちの方)	障害名	種 級	記号番号	取得年月日