

佐久市特別養護老人ホーム入所申込書

受付番号		希望施設	<input type="checkbox"/> みつい <input type="checkbox"/> きしの	申込日	年 月 日	
入所希望者	フリガナ			性別	生年月日	
	名前			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳	
	住所	〒				
	申込理由					
	介護保険	被保険者番号			認定期間	保険者
					年 月 日 まで	佐久市・()
		要介護度			認知症高齢者の日常生活自立度	
	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 特例			<input type="checkbox"/> M・IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 自立		
	居場所等	<input type="checkbox"/> 老健・病院等 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ(相手の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 家族と同居(人家族)				
	(名称:) (期間: 年 月 日から) (理由:)					
医療身体状況等	<input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> カテーテル() <input type="checkbox"/> ストマー() <input type="checkbox"/> 酸素療法()					
	<input type="checkbox"/> インシュリン(回/日 単位) <input type="checkbox"/> 透析() <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()					
	[主治医] 病院・医院・クリニック 科 先生					
	[既往歴]					
居宅介護支援事業所等	事業所名		担当者		電話	
	意見等					
上記のとおり入所の申し込みをします。						
				連絡先電話番号(携帯等)		
(申込者)	住所			1		
	氏名			2		
(入所希望者との関係:)						
佐久市特別養護老人ホーム 施設長 様						

※「介護保険被保険者証(写)」、直近3ヶ月の「利用票及び別表(写)」を添付してください。 ※裏面も記入して下さい。

