

特別養護老人ホーム大平荘入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 大平荘
施設長 伊藤二雄 様

申込者氏名 続柄 ()

住 所 秋田県

電話番号 ()

大平荘に入所したいので、次のように申込み致します。

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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		年 月 日				
	要介護区分	要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (要介護認定申請中 : 申請日 令和 年 月 日)				
	認定有効期間	令和 年 月 日 から				
		令和 年 月 日 まで				
住所	秋田県					
電話番号	()		FAX番号	()		
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	別居・同居	別居先の電話等
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	

- 私は、上記入所申込者情報については、大平荘が市町村介護保険事業計画策定等のための、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。
- 上記申込者の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに、私は同意します。

対象者名 (印)

申込者名 (印)

(施設記入欄) 【受付No 〇〇〇〇】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	(印)
特記事項			