

入 所 ・ 利 用 申 込 書

特別養護老人ホーム みずき
施設長 殿

申込日: 令和 年 月 日

担当者: _____

記入者: _____

利用希望先	①特別養護老人ホーム みずき (②ユニット型個室 ③従来型個室 ④多床室)
優先順位	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()

※利用希望先の番号を()内にご記入ください。

また、特別養護老人ホームへ入所希望で、お部屋の指定がない場合は、優先順位欄に①とご記入ください。

※②ユニット型個室につきましては、地域密着型特養となっていますので、井原市に住所がある方のみとなります。

<入所・利用希望者>

フリガナ氏名	(フリガナ) 男・女	生年月日 T・S 年 月 日 (歳)			
住所	〒 -	現在の居場所	病院・施設 ()		
電話番号			自宅		
要介護度	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
介護保険被保険者番号(10桁)		要介護認定有効期間	～		
介護保険負担割合証	1割・2割・3割	介護保険負担限度額認定証	3段階食費 (650円)	2段階食費 (390円)	1段階生活保護等
居宅介護支援事業所・担当ケアマネ		電話番号			
かかりつけ医(医療機関)		主治医	Dr		

<ご家族様連絡先>

フリガナ氏名	(フリガナ) 男・女	生年月日	T・S 年 月 日
住所	〒 -	続柄	
勤務先(会社名)		電話番号(自宅)	
電話番号		携帯番号	
		<備考> ※昼間、連絡が取れやすい時間帯など	

入所を希望する理由	※該当するものに「○」をお願いします。 ・介護者がいない (入院・入所・介護者が遠方・独居) ・在宅介護困難 (老老介護・病気・障害・仕事・育児等) ・経済的 (金銭面等) ・虐待がある (危険性がある) ・その他 (ホームページを見た・紹介など) ※上記以外の理由などあれば記入をお願いします。			
入所の緊急性	特に入所を急ぐ	入所を急ぐ	入所を急がない	申込のみ