

入 所 ・ 利 用 申 込 書

社会福祉法人 みずき会
施設長 殿

申込日: 年 月 日

担当者: _____

申込者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

利用希望先	①特別養護老人ホーム みずき (②ユニット個室 ③従来型個室 ④多床室) ⑤グループホーム ラスパみずき ⑥小規模多機能 ラスパみずき
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。

※ 負担割合	1割 ・ 2割
※ 被保険者番号	
※ 認定有効期間	～

<入所・利用希望者>

フリガナ 氏 名	(フリガナ) ----- 男 ・ 女	生 年 月 日	
住 所		M・T・S	年 月 日 (歳)
電話番号		現在の居場所	自宅 病院・施設()
要介護度	申請中 要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5
担当居宅名			
担当ケアマネ			電話番号
かかりつけ医	医療機関		主治医 _____ Dr

<身元保証人>

フリガナ 氏 名	(フリガナ) ----- 男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日
住 所		続 柄	
		電話番号	

<連絡先1>

代表者氏名		続 柄	
住 所			
電話番号		携帯番号	
勤務先(会社名)			
電話番号			

<連絡先2>

代表者氏名		続 柄	
住 所			
電話番号		携帯番号	
勤務先(会社名)			
電話番号			

<備考> 「入所を急ぐ」 ・ 「入所を急がない」