

住宅型 有料老人ホームあさか野 入所申込書

受付番号 _____

申込日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
フリガナ		続柄	入所対象者本人の同意の有無
申込者氏名	印		有 ・ 無
住所	〒 ー 電話番号 () 携帯番号 ()		
フリガナ		性別	生年月日
入所対象者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生(才)
住所	〒 ー 電話番号 ()		
病名および既往歴	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・既往歴・特記事項等】		
現在の状況	自宅 ・ 入院中 ・ ショートステイ利用中 ・ その他 ()		
医療	紹介病院・かかりつけ医 : 担当医 : ソーシャルワーカー : 電話番号 ()		
医療保険	社会 ・ 国民健康保険 ・ 組合 ・ 共済		
介護保険	保険者番号(市町村 :) 被保険者番号 : 認定有効期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・ 申請中 ・ 申請していない 居宅・地域包括の名称 : 担当者 : 電話番号 ()		
他施設の申込	なし ・ あり ()		
希望入所日数	短期入所 : 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) 長期入所 : 年 月 日 ~		
署名欄	貴施設に入所を申し込みいたします。		
	本人	印	
	家族(又は代理人)	印	