

介護老人福祉施設入居申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム サン・サルビア
施設長 木村 亘 様

申込者 住所
お名前
関係
電話

入居を希望するので、介護保険者証（写し）を添えて申込をします。

入居希望にあたっての確認事項	お名前		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	
	住所			
	連絡先			
	介護度	申請中・認定済 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	現在の環境特記事項	自宅・病院・施設・その他		
	担当支援事業所名		ケアマネジャー (担当者)	
	申込時のサービス状況	訪問看護 (週 回) ・ 訪問介護 (週 回) 訪問入浴 (週 回) ・ 通所リハ (週 回) 通所介護 (週 回) ・ 短期療養 (月 回) 短期生活 (月 回) ・ 特になし		
介護保険者番号		介護被保険者番号		
ご家族の状況	お名前	年齢	関係	職業・その他
その他の施設申し込み状況	有・無			

※要介護度1・2の方は裏面もご記入下さい。

