

特別養護老人ホーム レジデンスふじの郷 利用申込書

利用者	氏名	フリガナ	性別	生 年 月 日			
	住所	〒		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 独居	
				電話 () -			
要介護		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			認定有効期間		
					令和 年 月 日から		
					令和 年 月 日まで		
被保険者番号					保険者名	市 区 町 村	
申込者	氏名	フリガナ	連絡先		自宅	-	-
	住所	〒			携帯	-	-
	名	続柄 ()		勤務先	-	-	
		生 年 月 日	年 月 日	勤務先名称 ()			
緊急連絡先		①氏名		自宅 ()	携帯 ()		
		②氏名		自宅 ()	携帯 ()		
		③氏名		自宅 ()	携帯 ()		
家族構成氏名		続柄	年 齢	職 業	住 所	連絡先 (緊急時を含む)	
						- -	
						- -	
						- -	
						- -	
						- -	
<現在の状況>				<病院・通院>			
① 在 宅				病院	医師	回/月	
② 施設入所中 (施設名)				病院	医師	回/月	
③ 入 院 中 (病院名)				病院	医師	回/月	
同意書	※当施設における入所指針とこの取扱いに同意します。 また、入所における資料作成や調査受け入れ、他の関連機関などより書類を徴することに同意します。 社会福祉法人 明智福祉会 特別養護老人ホーム レジデンスふじの郷 施設長 殿 本人又は身元引受人(印)						

※ 申し込みには、介護保険被保険者証の写しが必要となります。

<記入不要>

受付年月日	令和 年 月 日	受付番号	区分	入所・短期・通所
-------	----------	------	----	----------