

入 所 申 込 日	平成 年 月 日
入 所 申 込 受 付 日	平成 年 月 日

特別養護老人ホーム翔洋苑・特別養護老人ホーム翔洋苑ユニット棟
入所申込書

特別養護老人ホーム 翔洋苑
施設長 山下 勝一 様

入所申込者 〒 ー
住所：
氏名：
電話番号： 携帯】
入所希望者との続柄（ ）

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入 所 希 望 者 の 状 況										
ふりがな		性 別	男 ・ 女	年齢	満 () 歳					
氏 名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日						
現 住 所	〒 ー									
現 在 の 生 活 場 所	<input type="checkbox"/> 在宅（老健含む）		<input type="checkbox"/> 施設又は病院等							
	【施設又は病院等】									
	名 称									
	所 在 地									
入所（院）開始年月日										
保険者名		被保険者番号								
入 所 希 望 理 由 (複 数 選 択 可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はあるが、そのものが高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はあるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()									

入 所 希 望 者 の 状 況	
入 所 希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい
そ の 他 入 所 に 関 し て 特 に 希 望 す る 事 項 (サービ ス 内 容 等)	

同 意 書	
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p>	
平成 年 月 日	
入所希望者 氏名 :	印
入所申込者 氏名 :	印

※ 被保険者証（写）を添付してください。