

# 介護老人保健施設 あおしまのいえ 入所申込書

申込日	令和	年	月	日	
受付日	令和	年	月	日	受付者

ふりがな					性別		明大昭	年	月	日		
氏名					男・女	生年月日				( ) 歳		
現住所	〒 - TEL ( ) -											
介護保険	保険者				被保険者番号				要介護度			
	要介護認定期間				平成	年	月	日	～	平成	年	月
かかりつけ医療機関								主治医				
職歴												
年金	有 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	無 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金 年金額 (月) 円											
家族状況	氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	連絡先						
		男・女										
		男・女										
		男・女										
緊急連絡先	氏名	続柄 ( )			連絡先	自宅	-	-				
						携帯	-	-				
緊急連絡先	氏名	続柄 ( )			連絡先	自宅	-	-				
						携帯	-	-				
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が就労している為、介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者の高齢、身体的、精神的負担が大きく困難である ※具体的理由											

入所申込者又は申込代理者氏名

