

# 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 ( ) 歳
氏名				男・女	生年月日		
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 日迄		
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

