

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

ケアホーム上田 入所申込書

電話	0268 (38) 2905
FAX	0268 (39) 9223

入所希望者	ふりがな				生年月日	明・大・昭			年	月	日	
	氏名				年齢	歳	性別	男 ・ 女				
	住所	(〒 -)	(都・道・府・県)			電話番号						
	住所	(市・町・村)										
	現状況	自宅 ・ 入院中 () ・ 施設入所中 ()										
	ケアマネ	事業所 () 担当者 ()										
	介護保険	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中										
		認定有効期限	年			月	日	～	年	月	日	
		介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無					
	健康保険	後期高齢者医療保険 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ()										
医療保険負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割			福祉医療受給者証	有 ・ 無						

家族・身元保証人	ふりがな				生年月日	昭・平			年	月	日	
	氏名				続柄		性別	男 ・ 女				
	住所	(〒 -)	(都・道・府・県)			電話番号						
	住所	(市・町・村)										
	上記以外の家族の氏名		続柄・関係		住所(市町村)		電話番号					
	①											
	②											

入所に際して	入所希望日	月	日	希望の部屋	個室(1500円/日)・2人部屋(550円/日)・多床室						
	入所希望理由										
	退所後の方向性	自宅 ・ 施設 ()									

備考欄											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--