

地域密着型介護老人福祉施設 ひかり屋形 入所申込書  
(特別養護老人ホーム)

施設名

地域密着型介護老人福祉施設 ひかり屋形 管理者 様

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

入 所 希 望 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 - 電話番号 ① ②		
介護保険被保険者番号				要介護度
認定の有効期間				
介護支援専門員名 事業者名				
平成24年3月31日で、甲州市に住所を有している(住民票がある)期間。該当するものに○で囲んでください。 2年以上 ・ 2年未満 ・ なし(市外)				確認欄

申込者	住所	〒 - 電話番号 ① ②		
	フリガナ 氏名		入所希望者 との続柄	

連絡先 <small>※申込者以外の方へ 連絡を希望される方は、 連絡先欄にご記入くだ さい</small>	住所	〒 - 電話番号 ① ②		
	フリガナ 氏名		入所希望者 との続柄	

申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定	
	既に申し込んだ施設名	① ② ③ ④ ⑤
	申し込み予定施設	① ② ③ ④ ⑤

確認説明欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 本人との続柄 ( )
-------	----------------------------------------------------------------------



## 入所希望者の親族の状況

(1)同居の家族(※入所希望者本人については記入不要です。)

氏名	続柄	生年月日	職業	備考
		明・大・昭・平 年 月 日		
		明・大・昭・平 年 月 日		
		明・大・昭・平 年 月 日		
		明・大・昭・平 年 月 日		
		明・大・昭・平 年 月 日		
		明・大・昭・平 年 月 日		

(2)近親者の状況(入所希望者本人の子供<子供がいない場合は兄弟>。他に縁者がいない場合は、甥・姪・孫等を記入して下さい。)

氏名	続柄	生年月日	住所
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	

※上記の欄は、わかる範囲で結構です。

※申込み書に添えて提出していただく書類

- 1、入所希望者の介護保険被保険者証(写)：要介護認定申請中で介護保険被保険者証が手元にない場合は、甲州市が発行する資格者証(暫定被保険者証)か、入所を希望される方が要介護者(要介1～5)であることが証明できる書類を提出してください。
- 2、直近のサービス利用表及び別表(写)：現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

◇問い合わせ

0553-39-9000(特別養護老人ホーム ひかり屋形 星野)