

柏市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所申込書

裏面の同意事項に同意の上、貴施設への入所を申し込みます。

入所希望施設		申込日	令和	年	月	日
--------	--	-----	----	---	---	---

●「申込者（連絡先）」について、ご記入ください。

氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先	(自宅) - - (携帯) - -		

●「入所希望者」について、ご記入ください（該当する数字を○で囲んでください）。

氏名（漢字）		氏名（カナ）	
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 （年齢 歳）		
住民票所在地	〒		性別 1. 男 2. 女
介護保険被保険者番号			介護保険の被保険者 1. 柏市 2. 柏市以外（ ）
要介護状態区分	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月
現在の居所	1. 自宅 2. 病院 3. 介護老人保健施設 4. 療養病床 5. 養護老人ホーム 6. その他 自宅以外の居所の名称等（ ）		
入所入院の予定期間	令和 年 月から 令和 年 月頃まで		
現在の世帯構成	1. 独居 2. 70歳以上のみ 3. 65歳以上のみ 4. 60歳以上のみ 5. その他		
現在治療中の病気			
過去に治療した病気			
現在必要な医療 ※複数選択可	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. 在宅酸素 4. インシュリン注射 5. 透析 6. 気管切開 7. その他（ ）		
経済状況	1. 年金収入のみ（国民年金・厚生年金・共済年金・その他） → 2. 年金収入とその他の収入がある → 3. 年金収入はなく、その他の収入（仕送り含む）のみ → 4. 生活保護受給中		おおよその月額を記入してください 円
入所希望時期	1. 今すぐ（1か月以内）に入所したい 2. 6ヵ月以内に入所したい 3. その他（ ）		
他施設の申込状況	1. 当該施設のみ 2. 申込済み：施設名（ ） 3. 申込予定：施設名（ ）		

（裏面に続きます）

