

## 入 所 申 込 書 ( 1 / 2 )

申込年月日		令和 年 月 日			早期入所希望		有・無	
本人	フリガナ				明治・大正・昭和			
	氏名	生年月日		年 月 日 ( 歳 )		性別	男・女	
	住所	郵便番号( - )			電話番号	( )		
保険者名								
家族・申込者	フリガナ				続柄	備考		
	氏名							
	住所	郵便番号( - )			携帯番号			
					電話番号	( )		
その他の連絡先	郵便番号( - )				携帯番号			
					電話番号	( )		
居宅介護 支 援 事 業 者	事業所名				事業者番号			
	所在地	郵便番号( - )			電話番号	( )		
	フリガナ				備考			
入院・入所先	担当者名				備考			
	施設名				施設種別			
	所在地	郵便番号( - )			電話番号	( )		
他施設の申込状況	フリガナ				備考			
	施設名1				申込 予定・済	( 申込時期 )	年 月頃	
	施設名2				申込 予定・済	( 申込時期 )	年 月頃	
	施設名3				申込 予定・済	( 申込時期 )	年 月頃	

**【説明確認及び同意書】**

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が主治医、介護支援事業者等へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印 ( 続柄 )

施設記入	担当者名				職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他( )		
	受付番号			受付年月日	令和 年 月 日			
	備考							

※提出の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証等のコピーを1部添付してください。