

## 特別養護老人ホーム海松園入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 海松園

施設長 中川重春 様

申込者氏名 続柄( )

住 所

電話番号

特別養護老人ホーム海松園に入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号																	※介護保険証でご確認ください
	フリガナ 氏名	※必ずフリガナもご記入ください																
	生年月日	1・明治		2・大正		3・昭和		性別	1・男		2・女							
				年			月				日							
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )																
	認定有効 期間	令 和			年			月			日	から						
		令 和			年			月			日	まで						
	住所																	
電話番号	( )				FAX番号				( )									
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等												
					同・別													
					同・別													
					同・別													

- 私は、上記入所申込者情報について、海松園が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 上記申込書の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに私は同意します。

対象者名 印

申込者名 印

(施設記入欄) 【受付NO・ 】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

