

(別紙1)

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

## 入居申込書

特別養護老人ホーム 遊生の園 施設長 様

申込者(連絡先)

遊生会の他特養を同時に申し込む場合は、希望する施設名の□に✓を入れて下さい。

遊生の森(岩室)  遊生の里(巻)

住所	〒
(フリガナ)氏名	(入居希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者氏名	(フリガナ)	性別	男・女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)
現住所	〒 電話番号 ( )		
介護保険	被保険者番号	保険者名	新潟市・他( )市
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
※介護保険被保険者証のコピーを添付して下さい			
健康保険	(種別) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 (記号番号)		
年金等	(種別) (年金額) 円/月		
障がい者手帳等	手帳の種類 (障がい名: ) 判定 級(度) 年 月 日		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅( 単身・同居 ) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 ( 年 月 日~)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他( )		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
			年 月 日~
既往症			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい		
	※他施設の申し込み状況 <input type="checkbox"/> 「遊生の園」にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)		
担当介護支援専門員	氏名	連絡先	
	事業所名		

