

サンライズ霧島 入所申込書

受付担当者 ()

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな)			性別			
氏名			男 女	生年月日	M T S	年 月 日 (歳)
現住所	〒 - TEL () -					
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
保険者	被保険者番号					
来苑者 氏名			住所			
			TEL			
入所 申込者 の 状 況 申 込 理 由	入所申込時点の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 福祉施設等 <input type="checkbox"/> その他 () 施設名又は病院名 () 所在地 () 最終入所入院時期 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	入所の申込理由					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 予約だけ				
	申し込み状況	<input type="checkbox"/> サンライズ霧島のみ入所希望 <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる () () ()				
	介護者の 状 況	氏名			性別	本人との関係
				男 ・ 女		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所・TEL)				
	介護者の意見					

【説明確認及び同意書】

私は、貴施設の入所申し込みから入所決定に至るまでの手続き及び入所順位の決定方法について説明を受け同意しました。なお入所を待っている間に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等に変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡致します。

平成 年 月 日

入所申込者氏名

印