

医療の状況 ※該当するものすべてを選んでください。	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること		
希望入所時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり <input type="checkbox"/> ※施設名		
申込者欄〈家族等〉			
フリガナ 氏名		本人との 続柄	
住所 (郵便物の送付や施設からの連絡先) <small>※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。</small>			
〒			
TEL - -			
留意事項	本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。		
説明	入所申込に係る説明事項について確認しました。		
確認欄	_____年 月 日 署 名 _____		
申込代理者欄〈介護支援専門員〉			
<small>※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。</small>			
代理申込を行う 介護支援専門員	(フリガナ) 氏名	連絡先 電話番号	- -
介護支援事業所名			
代理申込を行う介護支援専門員の意見			
<small>※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄〈家族等〉に記入してください。</small>			
説明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 _____年 月 日 代理申込 介 護 支 援 専 門 員 署 名 _____		

※添付書類 被保険者証の(写)