

入居申込書 (1 / 2)

申込年月日		令和 年 月 日					
本人	フリガナ			大正・昭和		性別	男・女
	氏名	生年月日		年 月 日 (歳)			
	住所	郵便番号(-)		電話番号		()	
保険者名		(住所)		(電話番号)			
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(-)		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 担当者名			備考			
入院・入所先	施設名			施設種別			
	所在地	郵便番号(-)		電話番号		()	
	フリガナ 担当者名			備考			
他施設 申込状況	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】

- ・入居申込から契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居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。
- ・入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入居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。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入居申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入居申込者が特列入居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列入居の申込状況及び入居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居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						