ながおか医療生活協同組合
社会福祉法人　虹のまち福祉会　　入所施設利用申込書

申込年月日　　年　　月　　日

入所利用者	フリガナ		男 女	生年月日	年　月　日 （　歳）
	氏　名				
	住　所	☎	生活場所		・自宅　・病院　・施設 （　）

ご家族状況	氏　名	続　柄	年　齢	居住状況	備　考（就労状況など）
				同居　別居	
				同居　別居	

入所に関して		
	申込理由	
	入所時期	直ぐに入所したい　数か月後に入所したい　順番がきた時に考えたい
	入所に関する希望	

介護保険情報				
	要介護度	未申請　申請中　要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５		
	利用介護サービス			
	要介護認定有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
	居宅介護支援事業所名		担当者名	

他申込希望					
	特別養護老人ホームはるか	花園南２丁目		グループホームにこにこ	前田１丁目	
	特別養護老人ホームはるか高町	高町２丁目		グループホームささざき	笹崎２丁目	
	老人保健施設あらまち	泉１丁目		グループホームざおう	蔵王１丁目	
	有料老人ホームアシスト笹崎	笹崎２丁目		小規模多機能型居宅介護プラット笹崎	笹崎２丁目	
	有料老人ホームアシスト高町	高町２丁目		小規模多機能型居宅介護プラット高町	高町２丁目	

同意欄				
	申込者は入所利用者の意向にそって申込をします。 申込介護施設が、入所に関する範囲において、入所利用者と家族に関する情報を介護支援事業所や医療機関などから情報を得ることに同意します。 同意年月日　　年　　月　　日			
	申込者 氏　名		申込者 住　所	☎