

柏市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所申込書

裏面の同意事項に同意の上、貴施設への入所を申し込みます。

入所希望施設		申込日	令和	年	月	日
--------	--	-----	----	---	---	---

●「申込者（連絡先）」について、ご記入ください。

氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先	(自宅)	-	(携帯)

●「入所希望者」について、ご記入ください（該当する数字を○で囲んでください）。

氏名（漢字）		氏名（カナ）	
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 (年齢 歳)		
住民票所在地	〒		性別 1. 男 2. 女
介護保険被保険者番号		介護保険の被保険者	1. 柏市 2. 柏市以外()
要介護状態区分	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月
現在の居所	1. 自宅 2. 病院 3. 介護老人保健施設 4. 療養病床 5. 養護老人ホーム 6. その他 自宅以外の居所の名称等 ()		
入所入院の予定期間	令和 年 月から 令和 年 月頃まで		
現在の世帯構成	1. 独居 2. 70歳以上のみ 3. 65歳以上のみ 4. 60歳以上のみ 5. その他		
現在治療中の病気			
過去に治療した病気			
現在必要な医療 ※複数選択可	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. 在宅酸素 4. インシュリン注射 5. 透析 6. 気管切開 7. その他 ()		
経済状況	1. 年金収入のみ（国民年金・厚生年金・共済年金・その他）→ 2. 年金収入とその他の収入がある → 3. 年金収入はなく、その他の収入（仕送り含む）のみ → 4. 生活保護受給中		おおよその月額を記入してください 円
入所希望時期	1. 今すぐ（1か月以内）に入所したい 2. 6ヵ月以内に入所したい 3. その他 ()		
他施設の申込状況	1. 当該施設のみ 2. 申込済み：施設名 () 3. 申込予定：施設名 ()		

(裏面に続きます)

