

社会福祉法人 くろかわ福祉会

申込日	受付日	受付担当者

※希望される介護事業に  
○印をご記入ください。

特別養護老人ホーム りんどう 入所申込書  
短期入所生活介護事業所 りんどう 利用申込書

特別養護 老人ホーム	短期入所 生活介護

申込者 (連絡先)	ふりがな			申込日
	氏名	(印)		
	住所	〒		続柄 生年月日
	電話番号	自宅 携帯 勤務先	( ) ( ) ( )	職業(勤務先)

利用希望者 氏名	ふりがな	性別	生年月日(年齢)
		男・女	M T S 年 月 日 ( )
現住所	〒		□持家 □借家
電話番号	( )		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
自立～要介護度の 該当に○印	自立	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
介護度の認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
健康保険	種別	番号	
年金	種別	支給年額	
障害者手帳等	種別	障害の級	
現在の状況	1	自宅	世帯状況 1人暮らし 65歳以上の高齢者2人暮らし 主介護者 現在利用しているサービス その他 同居者 人
	2	入院中	病院名 病名 入院日 年 月 日
	3	施設入所中	施設名 入所日 年 月 日
その他	(利用希望の理由や介護で特に困っておられることなどを自由にご記入下さい)		

担当介護 支援専門員	事業所名	
いる	氏名	
いない	電話番号	( )

(申込者が身元引受人と同一人の場合はご記入不要です)

身元引受人	住所	〒		□持家 □借家
	ふりがな		入居者との続柄	生年月日
	氏名			
	電話番号	自宅 携帯 勤務先	( ) ( ) ( )	職業(勤務先)

同居のご家族 ※配偶者の方がおられる場合は必ず記入ください。

氏名	続柄	生年月日	連絡先電話番号 携帯電話番号

同居していない扶養支援者

氏名	続柄	生年月日	連絡先電話番号 携帯電話番号

身元引受人に連絡が取れない時の緊急連絡先

氏名	続柄	連絡先電話番号 1	連絡先電話番号 2

説明 確認 及び 同意 情報 収集 に係	私は、貴施設への利用申込みに際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び順位の決定方法について貴施設から説明を受けました。 なお、貴施設が利用順位決定のため必要な範囲内において、わたし(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集する事に同意します。
	年 月 日 利用希望者 (印)
	利用希望者の家族 (印)