

様式第1号

指定介護老人福祉施設入所選考申込
特別養護老人ホーム京都八勝館

新規・変更

年 月 日

赤い枠内については
介護保険被保険者証に
記載されている内容を
転記してください

対象者	フリガナ	ハツシヨウ カンタロウ		氏名	八勝 館太郎 男・女		保険者番号	八幡	市	町	村	2	6	2	1	0	5
	生年月日	明・大 ^昭 5年6月7日(89歳)		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
	要介護度	1・2・ 3 ・4・5															
	認定有効期間	令和元年6月1日～令和3年5月31日															
現在の居所	現住所	京都府八幡市橋本塩釜21															
	居所	ご自宅、病院、老人保健施設等、現在の居所について当てはまる箇所にご記入ください														自宅	
	入院	<input checked="" type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 医療・療養 <input type="checkbox"/> 介護・療養	医療機関名称	〇〇病院				入院期間	平成30年12月3日～								
入所	老人保健施設名	老健△△				入所期間	平成31年3月21日～										
他施設の申込状況(予定含む)		<input type="checkbox"/> 他施設への申込み無し <input checked="" type="checkbox"/> 他施設への申込み(予定)有り(3箇所)															
申込理由	※在宅での介護が困難な理由を記入してください。 〇〇のため																
申込者	氏名	八勝 館之助					対象者との続柄	長男									
	住所	京都府八幡市橋本塩釜21					電話番号	075-982-3887									
連絡先	氏名						対象者との続柄										
	住所						電話番号										
※申込者と連絡先が同じ場合は申込者欄のみ記入してください。																	
担当介護支援専門員氏名																	
事業所名																	
連絡先電話番号																	
同意欄	今後、対象者・介護者への支援を検討するため、また、入所状況の把握等のために様式第1号から様式第3号までの内容について、保険者へ情報提供することに同意します。 令和元年6月15日 氏名(利用希望者名) 八勝 館太郎 																