NO.

＜老人保健施設　サントピアみのかも　　入所申込書＞

受付日　令和　　年　　月　　日

入所希望者	フリガナ		性別	生　年　月　日	要介護度
	氏名		男　・　女	明治　・　大正　・　昭和	
	住所			年　　月　　日　　歳	

入所希望者の状況等	身体状況	（既往歴や現病名）	かかりつけ医
	認知症	無　・　有（　　）	
	希望する内容	入所希望理由:	
		入所希望時期・期間:	
	入所後　受診希望病院		
	今後の希望	□在宅 □施設（グループホーム　・　特養　・　老健　・　その他　　） 申し込み（予定）施設（　　）	

申込者	フリガナ		性別	入所希望者との続柄
	氏名		男　・　女	（　　）
	生年月日	大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳）		
	住所	〒　　－		
	連絡先	＜自宅＞ （　　）　　－	＜携帯＞ （　　）　　－	

ケアマネ	居宅支援事業所	介護支援専門員

＜施設記入欄＞　　介護保険被保険者証コピー　：　有　・　無　　施設見学　：　有　・　無

受付者（　　）

※申し込み時は『介護保険被保険者証』の確認が必要です。写しを提出し下さい。　　R1．12．1改正