

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人 光寿会
介護老人保健施設
ケアステーションアンダンテ 様

私は、介護老人保健施設 ケアステーションアンダンテへの入所を希望致します。

対 象 者	フリガナ 氏 名	_____	男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳	
	住 所	〒 _____	電 話	()	
	認定状況	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
	現在の待機場所	<input type="checkbox"/> 医療機関（病院名 _____） <input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	居宅介護 支援事業所	居宅介護支援事業所名（ _____ ） 担当ケアマネジャー名（ _____ ）			
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる（申込み時期：平成・令和 年 月） 種 類（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他） 施設名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 申し込んでいない（申込み予定・申し込む予定はない）			
申 込 代 筆 者	フリガナ 氏 名	_____	続柄（ _____ ）	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳	
	住 所	〒 _____	電 話		
	勤務先		携 帯		

備考 第二連絡先：

※ お申し込みの際は、介護保険証の写し（コピー）を添付願います。

受付相談員