

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名			生年月日	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介居宅介護支援事業所など	電話番号		担当		
説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入居申込みに際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入居順番決定のため必要な範囲内において、私(入居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こと、又、特例入所の要件に該当する内容等を、関係市町村に報告提出することに同意します。</p> <p>なお、入居申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入居・入院その他の理由により入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取下げします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">同上家族者名 _____ (印)</p>				