

様式第5号

特例入居対象者 入居決定意見書

申込者（連絡先）

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒	:	—
住所	:	
氏名	:	
電話	:	()

入居希望施設		保険者(市町)	
		被保険者番号	
(フリガナ)		要介護度	
氏名		認知症高齢者の日常生活自立度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	知的障害・精神障害等の程度	
性別	男 ・ 女	要介護認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒 — TEL ()		

(施設等記入欄)

介護の必要の程度
家族の状況

(保険者市町記入欄)

上記に対する意見
<input type="checkbox"/> 意見なし <input type="checkbox"/> 意見あり <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 50px; margin: 5px 0;"></div>

