

# 介護老人保健施設 ぶんすい 入所申込書

私は、介護老人保健施設ぶんすいへの入所申込みを行います。

介護保険法の趣旨を尊重し、施設の諸規定を守り、可能な限り家庭復帰できるよう、身元引受人・家族はつとめます。なお、入所にするまでに必要な範囲において私（利用者及びその家族）に関する情報を、担当居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集する事に同意します。

社会福祉法人長岡福祉協会  
介護老人保健施設 ぶんすい 施設長 様

令和 年 月 日

## <利用者>

〒 \_\_\_\_\_  
住 所  
氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女  
連絡先 \_\_\_\_\_ 大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

## <身元引受人>

〒 \_\_\_\_\_  
住 所  
氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
連絡先 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

## \*個人情報を使用する目的

- ①医療機関との連絡調整において必要となった情報提供
- ②介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった情報提供
- ③他の介護保険施設その他介護事業所との連絡調整において必要となった情報提供