

毎月10日までに前月末現在の情報をご提供ください。
空き床がない場合も必ず報告してください。

介護保険施設 空き情報提供書

(特別養護老人ホーム)

前月末現在の当施設の空き情報を次のとおり提供します。

施設名称	
担当者名	

該当月(月末現在) 空き床数		(内) 男性枠
		(内) 女性枠

※「空き床数」には、申し込みがあれば受け入れ可能な人数のみを記載して下さい。
男性枠・女性枠の区別のある場合は、それぞれの床数も記載して下さい。

(上記に空き床数がある場合のみ) 空床のある施設として、積極的に広報を依頼される場合は右の欄にチェックを入れてください。居宅介護支援事業所等に情報提供します。	<input type="checkbox"/> 積極的な広報を依頼する
---	--------------------------------------

以下の情報は変更がある場合のみ記載して下さい。

定員	
所在地	〒 -
電話番号	

毎月10日までに前月末現在の情報をご提供ください。
空き床がない場合も必ず報告してください。

介護保険施設 空き情報・待機者情報提供書

(老人保健施設用・介護医療院用)

前月末現在の当施設の空き(待機)情報を次のとおり提供します。

施設名称	
担当者名	

該当月(月末現在) 待機者数		
該当月(月末現在) 空き床数		(内) 男性枠
		(内) 女性枠

※「空き床数」には、申し込みがあれば受け入れ可能な人数のみを記載して下さい。

男性枠・女性枠の区別のある場合は、それぞれの床数も記載して下さい。

以下の情報は変更がある場合のみ記載して下さい。

定員	
所在地	〒 -
電話番号	