

受付日	年 月 日
-----	-------

	フリガナ		性別	申込者	フリガナ		続柄
	氏名		男・女		氏名		
	生年月日	明・大・昭年　月　日（歳）			住所	〒	
	住所	〒 Tel				Tel	
今後の連絡先		住所〒			氏名 Tel		
身体障害者手帳等の有無 有 ・ 無 ()		精神障害者手帳等の有無 有(等級：級) ・ 無		指定医療費(指定難病)受給者証の有無 有病名() ・ 無			
被保険者番号							
要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
本人の状況	現況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 5 その他 ()					
	入所申込理由 (該当するものすべてを選んでください。)	☐ 介護する者がいない。 ☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。 ☐ 介護者が就労しているので、十分な介護が困難。 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難。 ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難。 ☐ その他 ()					
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他 []			【現在受診している病院・診療所名及び科名】		
他施設等申込状況		有 ・ 無	有の場合施設名をご記入ください。				
		1	2	3	4		
主たる介護者	フリガナ			生年月日		本人との続柄	同居の区分
	氏名			・			同居・別居
	身体障害者手帳等の有無	有 ・ 無 ()		要介護認定の有無	有 ・ 無 支援1・支援2・1・2・3・4・5		
同居家族構成	氏名	続柄	摘要	氏名	続柄	摘要	
説明・同意	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日 申込者氏名						

