

本人の状況	フリガナ		性別		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	〒			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 (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									
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 ()									
入所申込の理由 (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									

