

入所申込書

| | | |
|---------------|---------------------|---------------------|
| 申込希望施設 | 申込日 令和 年 月 日 | 受付日 令和 年 月 日 |
|---------------|---------------------|---------------------|

| | | |
|--------------------------|------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 住宅型有料老人ホーム | しのめの家 |
| <input type="checkbox"/> | 住宅型有料老人ホーム | かじかの家 |
| <input type="checkbox"/> | ※グループホーム | 久遠の響 |

※グループホーム 久遠の響の入所申込に関しては
 医師から認知症の診断を受けており、原則安来市
 内に在住しておられる方に限ります。
 (診断書等が必要となります)

| | | | | | | |
|--------|---|----------------------------|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (ふりがな) | | <input type="checkbox"/> 男 | 生年 | <input type="checkbox"/> 明治 | <input type="checkbox"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 |
| 本人氏名 | 様 | <input type="checkbox"/> 女 | 月日 | 年 | 月 | 日 () 歳 |

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 本人住所 | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|------|-----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 要介護度 | 1・2・3・4・5 | 被保険者番号 | | | | | | | |
|------|-----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-------------|--|---------|-------------|---|-------------|
| 介護保険証の市区町村名 | | 要介護認定期間 | 平成・令和 年 月 日 | ～ | 平成・令和 年 月 日 |
|-------------|--|---------|-------------|---|-------------|

| 家族又は親族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 【今後の連絡先】 | 住所 | 電話番号 | |
|----------|-------|----|----|----------|----------|------|--|
| | 《申込者》 | | | | 電話番号 () | | |
| | | 様 | | | 携帯番号 () | | |
| | | | | | 〒 | | |
| | | | | 電話番号 () | | | |
| | | | | 携帯番号 () | | | |
| | | | | 〒 | | | |
| | | | | 電話番号 () | | | |
| | | | | 携帯番号 () | | | |
| | | | | 〒 | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 現 状 | <input type="checkbox"/> 自宅で暮らされている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らされている <input type="checkbox"/> 福祉施設・病院に入所・入院されている <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用されている <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護又は市民税非課税 | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|

「施設や病院等におられる方」はご記入下さい。

※施設名又は病院名：
 ※所在地(市区町村名のみご記入下さい)：

※入所又は入院期間： 年 月 日から 入所・入院している。

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 入所希望理由 (該当にチェック複数可) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(昼間独居)十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が出来ない為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが自宅での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為 | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|------|------------------|--|--|--|--|--|
| 医療情報 | 【現在治療中の病名：既往歴など】 | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設へも申込む予定。 ※既に申込んでいる他の施設名 () ※今後申込む予定の他の施設名 () | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|
| 介護支援専門員について | 担当介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 様 ○事業所名称 | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 同意書 | ・申込施設が担当介護支援専門員から必要な入所申込者等の状況・情報を受けることに同意します。 令和 年 月 日 続柄()印 | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|