

入所希望者（申込者）

フリガナ		介護保険番号	
氏 名		要支援・要介護度	要支援 2・1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日	連絡先（電話番号）	
現住所	〒 ー		
現所在地(現状)	独居・高齢者所帯・家族同居		
	入院中（病院名 ） ・ 入所中（施設名 ）		

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏 名		連絡先（電話番号）	
住 所	〒 ー		

※入所申込者（代理者）都合等により、施設入所申込を取り消される場合には、必ず施設にご連絡頂きますようお願い致します。

希 望 事 項	申 込 理 由 ・ 入 所 を 急 ぐ 理 由	入所状況： 早期に希望 ・ 将来的に希望
		申込予定： 貴施設のみ ・ 他にも申込む [ヶ所（予定）]
		<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 食事・排泄・入浴等の生活全般に介護が必要 <input type="checkbox"/> 5 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 6 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 7 介護者が、高齢・疾病等の為、介護が困難 <input type="checkbox"/> 8 介護者が、就労・育児等の為、介護が困難 <input type="checkbox"/> 9 家庭環境・介護困難等の為、在宅での介護が出来ない。 <input type="checkbox"/> 10 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 10 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 11 住宅環境が介護に適さない（地形上、狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 12 その他の理由（裏面「介護上の悩み」欄へ具体的にお書き下さい）
同 意 書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名 印	

施設事務処理欄

初回申込日：令和 年 月 日	再受付日：令和 年 月 日	受付者：
----------------	---------------	------