

入所申込書

No. _____

- 介護老人福祉施設 樋谷荘 施設長 様
 介護老人福祉施設 豊寿園 施設長 様
 介護老人福祉施設 萬翠荘 施設長 様
 地域密着型介護老人福祉施設 山田井の郷 施設長 様
 地域密着型介護老人福祉施設 三島の杜 施設長 様

申請者

氏名 _____ 続柄 _____

初回申込日 平成・令和 年 月 日 (連絡先)

住所 _____

今回申込日 令和 年 月 日

電話 () _____

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

なお、入所待機中に貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況などに、変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所				電話番号	
保険者	四国中央市・その他()			認定年月日	年 月 日
被保険者番号				有効期間	年 月 日から
要介護度	要介護 1・2・3・4・5				年 月 日まで
居宅介護 支援事業所	居宅サービスを利用されている場合は、事業所名と担当ケアマネージャー名をご記入下さい。				
他施設への 申し込み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設へも申し込む(施設名:)				
日常生活 の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内または近隣に家族がいる) 在宅サービスの利用状況 ① 利用あり ⇒ 内容() ② 利用なし <input type="checkbox"/> 施設 (病院・老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他) 施設(病院)名: 利用開始日 年 月 日				
介護者の 状況	*入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 介護者 あり <input type="checkbox"/> 介護者 なし			入所希望の理由(該当するものを全てをご記入ください。) <input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない	
主たる 介護者	氏名			続柄	
	住所				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
従たる 介護者	氏名			続柄	
	住所				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
現在受けている 医療の状況	現在治療中の病気など、わかる範囲でご記入下さい				

入所申込に際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します。

1. 入所判定に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から求められた場合、この申込み情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名(本人または代理人)

印

(添付書類)

*直近の要介護認定時の主治医意見書、認定調査票(施設が市町村の介護保険係から交付を受けます。)