

※記入漏れがないよう、すべての項目にご記入下さい。

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな) 入所対象者氏名		性別	男・女	
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生
現住所	〒		電話番号	( )
介護保険者番号		介護保険被保険者番号		
要介護度	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
要介護認定期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	認定日 平成 年 月 日
担当ケアマネジャー名	事業所名			
	電話番号			

【本人の状況】

1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している方は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： ◇所在地 ◇入所又は入院期間：平成 年 月 日から入所・入院している	
	<input type="checkbox"/> 介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難	備考：
	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日ころまでに入所したい	
4. 医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） ◇現在治療中の病名： ◇病院名： ◇主治医：	
	<input type="checkbox"/> 障害名： <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（等級）	
	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定（該当施設や型に○印、及び記入） あさひ園（小規模型／地域密着型） 偕生園 かなぎ園 たんぼほの里 白寿園 美川苑 ミレ岡見 弥栄苑（本館-従来型／新館-ユニット型） 陽光苑 福寿草 故郷-敬川 ロング・レン その他（ ）	

【申請者連絡先】

(ふりがな) 氏 名		続 柄		性別	男・女
		生年月日	大・昭・平	年 月 日生	
住 所	〒				
連絡先電話番号	(自宅) :		(携帯又は職場等) :		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活				
家族からの意見					

※私は、施設入所申し込みに当たり、個人情報保護法の基本理念に基づき、適正に取り扱われるものとし、施設入所対象者（本人）並びにその家族等の個人情報を収集、利用されることに同意致します。

氏名（自署） ※自署以外は要押印