

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

指定介護老人福祉施設等入所申込書

入所を希望する者	フリガナ	保険者名	
	氏名	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	性別(男・女)
	現住所	(郵便番号 -)	電話番号(- -)
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている		
	<申込日現在の介護度> 要介護(1・2・3・4・5)		
	<認定有効期間> 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請)	<input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請)	
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない		
	<input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請)		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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ため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
指定介護老人福祉施設 アルテンハイム鶴宮園 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業所等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄)			

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: 住所:		

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)
 ※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			

主たる介護者	フリガナ		年齢	本人との関係	備考
	氏名				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病〔 〈具体的に〉 〕 <input type="checkbox"/> 健康			
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人々の看病等があり、介護困難な状態である〔 〈具体的に〉 〕 <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である〔 〈具体的に〉 〕 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である			
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	介護歴	年 月頃から介護している (期間:約 年)			
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____)			
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]			

