

# 入 所 申 込 書

(申込み日: 年 月 日)

別紙「入所希望者確認事項」を読み、ご了解いただいてから太枠内を御記入ください。(担当 )

入 所 希 望 者	ふりがな		生年	明	年 月 日 / 歳				
	氏名		男 女	大 昭					
	住所	〒			戸建て・集合住宅・間借 独居・同居				
		電話:			1階・2階以上 自室 有・無				
	経済状況	公的年金(国民・厚生・共済)・恩給・年金(個人・企業・その他( ))				月収			
		御家族等からの援助・生活保護・その他( )					円		
	医療機関			医師			負担割合		
							限度額段階		
	介護認定	要介護度	1・2・3・4・5 要支援1・2 申請中	認定日:	年 月 日	居宅介護支援事業所			
				有効期限:	年 月 日	担当ケアマネジャー			
現在のサービス利用状況(自宅・入所・入院)						TV	CL		
他施設の申し込み状況(特別養護老人ホーム・その他) 施設名と時期									
申 込 者	氏名		続柄		年齢		職業		
	住所	〒			電話:				
御 家 族	世帯	氏名	性別	年齢	続柄	住所	職業	電話番号	備考
	同・別								
	同・別								
	同・別								
	同・別								
※入所希望者が同居の場合は同居者及び入所希望者の子を、独居の場合は入所希望者の子及びご兄弟をご記入ください。									
今 後 の 方 針									
利用者の意向 (1. 自宅へ 2. どちらかという自宅 3. 分からない 4. どちらかという他施設 5. 他施設)									
※希望が1. 2. の場合は、入所希望者の専用居室が(有・無)。居室の場所は(1階・2階以上)。									
介護者の意向 (1. 自宅へ 2. どちらかという自宅 3. 分からない 4. どちらかという他施設 5. 他施設)									
※希望が1. 2. の場合は、入所希望者の専用居室が(有・無)。居室の場所は(1階・2階以上)。									
	リハビリテーションに対する希望					食事に対する希望			
利用者									
御家族									
食物アレルギー	無・有								
薬剤アレルギー	無・有								

お手数ですが、相談を円滑に進める為、判る範囲でご記入をお願いします。

