

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 ~ 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)。									
利 用 者	リハビリテーションに対する希望					食事に対する希望			
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、判る範囲でご記入お願いします。

