（別紙様式１）

提出日	年　月　日

入　所　申　込　書

特別養護老人ホームくさどに入所したいので，次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため，入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り，行政機関等に対し，入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し，また行政機関・担当ケアマネジャー等から，入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年　月　日　（入所申込者）名前　㊞

申請者（連絡先）	〒　－ 住所	名　前	
		電　話	（　）
		携　帯	（　）
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	保　険　者	
	名　前	印	男・女	被保険者番号	
	生年月日	年　月　日		要介護状態区分	要介護（１・２・３・４・５）
	現住所	〒　－		要介護認定有効期間	年　月　日から 年　月　日まで
	状　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □老健などの施設や病院に入っている（入所，入院中の方は次の項目にご記入ください） ※施設名又は病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：　年　月頃から			
	住環境	□車いすを使用しているが，住居の廊下等の構造が適していないため，介護が困難 □住居の便所，浴室，階段等の形態や構造が適していないため，介護が困難 □その他（　）			
	特例入所の理由	〔要介護１又は２の入所申込者のみ記入〕 ※在宅生活が著しく困難な理由を記載（認知症・知的障がい・精神障がい等，単身世帯・同居家族が高齢等により，在宅生活が困難な状態であることがわかるように）			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □　年　月頃（まで・以降）に入所したい			
	医療の状況	□経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養（ＩＶＨ） □インシュリン注射 □じょく瘡（床ずれ） □気管切開　□透析　□痰吸引 □在宅酸素　□バルーンカテーテル　□人工肛門 □人工膀胱　□その他（　）			
	特養申込状況	□当該施設のみの申込み □他の施設にも申込みをしている（申込みをしている施設名：　）			
主介護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	本人との関係	
	名　前		男・女	生年月日	年　月　日
	同居有無	□同居　□別居（□同一市内 □県内市外 □県外）　□その他（　）			

その他の介護者	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	名前		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や，家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
備考	担当ケアマネジャー	□いる　※事業所名（　　）名前（　　） □いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や住所の変更等，入所申込書に記載した事項等に変更があった場合，入所申込者がお亡くなりになられた場合，他の介護老人福祉施設等に入所された場合は，必ず当施設に連絡してください。
連絡をいただけない場合は，入所決定を行えないことがあります。