

提出日 ○○年 ○月 ○日

(記入見本)

入所申込書

むつみ苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	むつみ苑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 内海 太郎
-----	--

申請者 (連絡先)	〒	住所	名前	内海 うめ
	福山市	福山市内海町○○-○○	電話	084 () -
			携帯	090- -
			入所申込者との関係	妻

入所申込者の状況	フリガナ	ウツミ タロウ	性別	保険者	福山市
	名前	内海 太郎 印	男・女	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
	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	30年 1月 1日から 31年 12月 31日まで
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 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: ○○老人保健施設 ※所在地: ○○市○○町 ※入所又は入院時期: 2017年 5月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) 認知症が進行しており、主介護者の妻も高齢で要支援の為			

主介護者	フリガナ	ウツミ サクラ	性別	本人との関係	長女
	名前	内海 さくら	男・女	生年月日	昭和○○年 ○月 ○日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (<input checked="" type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()			

その他の介護者	名前	内海 すみれ	年齢	○○	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	次女
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 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）] ※ご自由にお書き下さい
	備考 担当ケアマネジャー <input checked="" type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ○○居宅介護支援事業所 ）名前（ ○○ ○○○ ） <input type="checkbox"/> 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。

※介護保険証のコピーと合わせて御提出下さい。