



入居申込書

申込日	令和 年 月 日	受付者	
申込者	ふりがな		入所希望者との ご関係
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号		

入所希望者の状況	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日 (歳)
	現住所	〒		性別 男・女
	要介護度		要介護認定期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設(病院)名 : 入所(入院期間) : 平成 年 月 日から入所(入院)		
	入所を希望する理由 (該当する項目全て選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」「複数の人を介護」などにより、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護を手伝う人がいない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的な負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他の理由 ()		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項】 【主治医】 医療機関: 医師名:		
	担当ケアマネジャー	事業所名		
		担当者名		電話番号
意見	【介護している上で困っている事等、その他に必要な事項がありましたらご記入ください】			
同意書	入居申込から入居日までの期間、この申込内容をケアマネジャー、市町村等に情報提供することに関して同意致します。 令和 年 月 日 氏名 印			