

(様式第1号)

入居申込書

申込日：平成 年 月 日

申込者（連絡先）

〒：—

住 所：

フリガナ

氏 名：

（続柄： ）

特列入居の事由 ☐ 有 ☐ 無

電 話：自宅（ ）

携帯（ ）

施 設 名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームあかしあ荘 <input type="checkbox"/> 特別養護老人サテライトあいおい		保険者(市町名)	
入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性 別	介護保険 被保険者番号
			男・女	要介護度
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	要介護度 有効認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 — 電話 ()		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： ◇所在地（市町村名） ◇入所又は入院期間：平成 年 月 日から入所・入院している		
	介護者 の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難		
	医療の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名： 医療機関名： 医療機関所在地： 電話： ()		
障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害手帳(写)等を提出してください。			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ）（ ） ◇今後申し込む予定の他の施設名（ ）（ ）（ ）			

