

(様式第1号)

平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設  
石川県八田ホーム  
施設長 松本 伸男 様

### 入居申込書

申 込 者	被保険者番号	0	0										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭
	氏名												年 月 日( 歳)
												性別	男 ・ 女
	住所	〒 - (電話)											
	要介護度	要介護( )		有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用 サービス名 [ ] 居宅介護支援事業者とケアマネジャー名 [ ] 家族の状況と主な介護者 [ ]										<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入居(院) (老健・療養型施設名) [ ] <input type="checkbox"/> 一般病院に入院(病院名) [ ] <input type="checkbox"/> その他の入居施設名 [ ]	
	医療の状況												
	入居希望時期	できるだけ早く ・ 年 月頃											
	入居を希望する理由等												
家族等連絡先	氏名											申込者との関係	
	住所	〒 - (電話)											
同意書	今後の施策の参考とするため、この申込書の内容を県又は市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名												

※「被保険者証(写)」と直近1ヶ月分の「居宅サービス利用票及び別表(写)」、「入居申込者調査票(様式第3号)」を添付して下さい

# 入居申込者調査票 ( 回目)

申込者 氏名		被保険者番号	0	0									
-----------	--	--------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名及び 連絡先電話番号	
	意見			

※施設入所(入院)者の場合は、施設のケアマネジャー、相談員等の施設職員がお書きください。

### ※施設記入欄

年 月 日 申込み	評価基準	状 況	評価点数	個別の事情
	要介護度			
	介護者の状況	有・無		
	居宅サービス 利用状況	%		
	痴呆の状況 (要介護1~3)	有・無		
	合 計		点	
総合評価		入居検討委員会開催日	年 月 日 ( )	