

過去の入院 状況	医療機関名	年 月 日～ 年 月 日				
		病名等				
	医療機関名	年 月 日～ 年 月 日				
		病名等				
現在の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 _____）年 月 日～					
※ 入所判定に当 たって特に配 慮して欲しい 事項	（例）現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており 昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。					
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称（ _____ ）（ _____ ） （ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）					
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称（ _____ ）（ _____ ） （ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）					
主たる介護者 の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生（ 歳）		
	住所	〒 _____		要介護認定の有無	有・無	
		Tel _____		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
申込者と の関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	職業等	

添付書類

- 介護保険証の写し
- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」の写し

説明確認及び情報収集に係る同意

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

貴施設が、入所順位決定のために必要な範囲内において、私（入所申込者）及びその家族に関する情報を市町村、担当する居宅介護支援事業所、医療機関から情報収集すること、また長野県が行う入所申し込み者調査に入所申込情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者 _____

入所申込者の家族 _____