

入所申込書兼第一次判定調査票

申込番号		申請者	氏名		続柄：	
初回申込日	令和 年 月 日		住所			
今回受付日	令和 年 月 日		電話			

介護老人福祉施設高縄荘に入所したいので、次のとおり申し込みます。

尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。又、申し込み内容に虚偽があった場合、優先順位が繰り下がっても異議は申し立てません。

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		保険者						
	氏名	男・女	介護保険被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1	2	3	4	5	
	現住所	電話番号 ()	認定有効期間	年 月 日から		年 月 日まで			
	給付制限		認定審査会意見						
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅に一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅（同一敷地内含む）で家族（配偶者・子・孫・兄弟）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）日： _____）							
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 家族が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が未就学児の子や孫の世話をしているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が高齢（概ね65歳以上）で介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が他の者を介護しているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
	該当するものすべてを 選んでください	注：施設や病院に入所（入院）している場合は、自宅での生活状況を想定して記入してください。							
	医療の状況	現在治療中の病気など、わかる範囲でご記入ください。							
	申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む（施設名： _____）							
※介護認定やケアプラン等で関りのある居宅介護支援事業所名をご記入ください。 担当居宅介護支援事業所名： _____									

介護老人福祉施設高縄荘の入所基準の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込に必要な「介護認定・入所申込調査に係る情報」を市町村又は他の特別養護老人ホーム等から得ること。
2. 入所申込に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名（本人または代理人） _____