

フリガナ		男・女	郵便番号	〒	—
入所希望者氏名	様		入所希望者住所		
生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)		電話番号		

以下※印の箇所は必ずご記入お願い致します。

相談者又は申込者氏名	※	様	相談者又は申込者住所	※	
入所希望者との続柄	※		電話番号	※自宅	() ()
勤務先			勤務先電話番号		
居宅介護支援事業所			介護認定区分	要介護	()
事業所電話番号			認定年月日	令和	年 月 日
担当ケアマネ			認定有効期間	令和	年 月 日 ～ 令和 年 月 日
主たる介護者	※ 1 配偶者 2 子供 3 親戚 4 近所(町内、知人) 5 子供の配偶者 6 孫 7 いない 8 特養以外の施設入所のため不要				
介護者の状況	1 別居(近所を除く) 2 75歳以 3 要支援 4 要介護 5 障害者(難病を含む) 6 複数者介護 7 日中不在				
現在の状況	1 自宅 2 老人保健施設 3 軽費・ケアハウス 4 病院 5 高齢者専用賃貸住宅 6 グループホーム 7 有料老人ホーム 8 養護老人ホーム 9 介護療養病院 10 その他()				
サービス利用状況	※ 1 訪問介護 2 訪問看護 3 デイサービス 4 短期入所 5 その他居宅サービス 6 小規模多機能 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 8 認知症対応型通所介護 9 その他地域密着型サービス 10 お泊りデイ 11 介護保険外サービス 12 何もない				
入所理由					
該当するものがあれば○を付けてください。	ア 認知症であつて、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻 繁にみられる。 ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、身体の安全・安心の確保が困難である。 エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地 域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				

私は、介護老人福祉施設への入所申込をすると共に、入所指針の円滑な運用を目的とする市町村への申込内容等の情報提供に同意します。 入所希望者氏名()

上記の※印のついた箇所については、必ずご記入いただけますようお願いいたします。また、申込以後にご記入いただいた内容に変更が生じた場合は、下記連絡先へお知らせいただけますようお願いいたします。

(連絡先)奈良県御所市重坂 771 番1 介護老人福祉施設 友幸苑 ☎ 0747-26-1177

受付担当者 _____ 印

