

入居申込書 兼 同意書

<入居を希望される方の状況>

申込日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	要介護度	3・4・5		
氏名	㊟	男 女	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
生年月日	明治・大正・昭和		被保険者番号			
	年 月 日 ( 歳)		負担限度額	1・2・3・4	割合証	1・2
現住所	〒 -			電話： - -		
現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="radio"/> 施設名または病院名： <input type="radio"/> 所在地 <input type="radio"/> 入所または入院時期：平成 年 月 日から入所・入院している					
入所を希望する理由 (該当するものを全て選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが十分な介護力がないため (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <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なため <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なため <input type="checkbox"/> 居住環境の情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( )					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
現在治療中の傷病名		現在治療中のお薬				
かかりつけ医						
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または今後他の施設も申し込む予定 <input type="radio"/> 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) <input type="radio"/> 今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )					

<主に介護している人について>

フリガナ		性別	本人との関係	
氏名	㊟	男・女	同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 市内に別居 <input type="checkbox"/> 市外に別居
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)			
現住所 (別居の場合)	〒 -		連絡先	電話： - - 携帯電話： - -

同意書	今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考にするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 入居申込者 ㊟ 代理人 ㊟
-----	---

<連絡先>

新規	更新	〒	住所：
受付日		氏名：	本人との関係：
有効期限		電話：	携帯：

※「被保険者証(写)」・「負担限度額認定証(写)」・「負担割合証(写)」・

直近3ヶ月以内の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。