

整理番号 _____

受付日：令和 年 月 日

受付者： _____ 印

入 所 申 込 書

社会福祉法人登米福祉会
ケアハウス登米 施設長 殿

ケアハウス登米に入所したいので申込みします。

申込日：令和 年 月 日

フリガナ			性別	生 年 月 日		
入所希望者氏名		男	<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日
		女	<input type="checkbox"/> 大正			
			<input type="checkbox"/> 昭和	(歳)
住 所	〒 ー 登米市 電話番号 ()					
介護保険認定状況	介護保険被保険者番号					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 更新申請中・区分変更申請中				
	有効認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 有	事業所名				
	<input type="checkbox"/> 無	担当ケアマネジャー				
現在の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦・高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 施設又は病院に入っている ①所在地 (市町村名のみ) _____					
	②施設名また病院名： _____					
③入所または入院期間：令和 年 月から						
医療の状況	①現在の状況	<input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔) 栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気・特記事項等 ()				
	②現在までの主な病気	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 ()				

家族状況 住居状況	氏名	続柄	同居	住所
	<input type="checkbox"/> 持ち家（本人・家族） <input type="checkbox"/> 借家（ <input type="checkbox"/> 貸マンション <input type="checkbox"/> アパート） <input type="checkbox"/> 社宅・寮 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 間借り <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> その他 ）			
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金種類		年額	円
	<input type="checkbox"/> 恩給等種類		年額	円
	その他収入	<input type="checkbox"/> 不動産収入（ 円）		
		<input type="checkbox"/> 利子・配当収入（ 円）		
<input type="checkbox"/> その他（ ）				
利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 本人の年金から <input type="checkbox"/> 家族で一部負担 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
前年の課税状況	・所得税 年 円	・住民税 年 円		
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が、「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する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"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事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（ ）			
他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる（施設名 ） <input type="checkbox"/> 今後申込み予定 （施設名 ）			

【同意・確認欄】

- ①入所希望者・介護者を円滑に支援するため、登米市等に、この申込み内容を情報提供することに同意します。
②入所の待機中に、貴施設以外に入所した場合、または、要介護度や連絡先等に変更があった場合は速やかに連絡いたします。

令和 年 月 日

入所希望者氏名 _____ ㊟

代筆者氏名 _____ ㊟

関係（続柄） _____

