

様式第1号

指定地域密着型介護老人福祉施設 金澤備中 入居申込書

申込者(連絡先)

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒	:	—
住所	:	
氏名	:	
電話	:	()

申込先 (入居希望施設)	金澤備中		保険者	金沢市
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒 —	TEL ()		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入所又は入院期間: 平成 年 月 日から 入所・入院している			
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <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。 <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。			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL () _____			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()			
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: 〒 — TEL —)		
意見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	県又は市町から求められた場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印			

※「被保険者証(写)・直近1ヵ月分「サービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。