様式第１号

指定介護老人福祉施設　石川県八田ホーム　入居申込書

申込日	平成　　年　　月　　日
受付日	平成　　年　　月　　日

申込者（連絡先）

〒　：　　－
住所：
氏名：　　続柄（　　）
電話：自宅　　携帯

入居希望者の状況	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性　別	被保険者番号	
	氏　名		男　・　女	要介護度	１　２　３　４　５
	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	□　自宅で一人暮らししている　　□自宅で家族と暮らしている ◇　居宅介護支援事業所名　　介護支援専門員氏名 □　介護老人福祉施設や病院に入っている ◇　施設名又は病院名：　　ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ・施設相談員等氏名 ◇　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	□　介護する者がいない。 □　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。 □　介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 □　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	□　今すぐ入居したい　　□平成　年　月　日頃までに入所したい			
	医療の状況	□　経管栄養　□　胃ろう　□　インシュリン注射　□　透析　　□　その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医療機関名　　医師氏名　　TEL　　（　　）			
	申込状況	□当該施設のみ申し込む。　　□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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性　別	本人との関係	
	氏　名		男　・　女	生年月日	明　・　大　・　昭　　年　　月　　日
	同居の区分	□同居している　　□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。