

指定地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

<b>◎ 入所申込者</b>				
(フリガナ)		性 別	被保険者番号	
氏 名	印	男・女	要 介 護 度	1 ・ 2
生 年 月 日	明治	大正	昭和	要 介 護 認 定 有 効 期 間
	年	月	日 ( )歳	
現住所	〒 -			

<b>◎ 入所申込者の状況</b>	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <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 ◇施設名又は病院名: _____    ◇所在地(市町名のみ): _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月 から入所・入院 している
	※申込者の身体の状況及び生活環境、介護者の身体の状況や生活実態を含め、具体的に記入してください。
	居宅において日常生活を営むことが困難な理由
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	<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( _____ )( _____ )( _____ )

<b>◎ 主たる介護者</b>			
(フリガナ)		性 別	本人との関係
氏 名		男	生 年 月 日
		女	大正・昭和・平成 年 月 日
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____ )		
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		

<b>◎ 同意書</b>	
今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、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に報告することに同意します。 平成 年 月 日	
入所申込者	(印)
代 理 人	(印)

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「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。

新規	更新
----	----

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒 : \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

氏名:	本人との関係	
電話番号:	( _____ )	
携帯電話番号:	( _____ )	