

## 別紙1-1

| ◎ 入所申込者    |  |            |    |    |     |                 |           |   |        |
|------------|--|------------|----|----|-----|-----------------|-----------|---|--------|
| (フリガナ)     |  |            |    |    | 性 別 | 被保険者番号          |           |   |        |
| 氏 名        |  | 印          |    |    | 男・女 | 要 介 護 度         | 3 ・ 4 ・ 5 |   |        |
| 生 年<br>月 日 |  | 明治         | 大正 | 昭和 |     | 要 介 護<br>認定有効期間 | 令和        | 年 | 月 日 から |
|            |  | 年 月 日 ( )歳 |    |    |     |                 | 令和        | 年 | 月 日 まで |
| 現住所        |  | 〒 ー        |    |    |     |                 |           |   |        |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町名のみ): _____<br>◇入所又は入院時期: _____ 年    月    から入所・入院 している                                                                                                                                                                                  |
| 入所を希望する理由<br><br>(該当するものすべてを選んで下さい) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><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。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。<br><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。<br><input type="checkbox"/> その他( _____ ) |
| 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<br><input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他( _____ )<br>【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。<br>◇既に申し込んでいる他の施設名( _____ )( _____ )( _____ )<br>◇今後申し込む予定の他の施設名( _____ )( _____ )( _____ )                                                                                                                                                                                              |

|              |                                                                       |     |              |       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| (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<br>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】                                                  |     |              |       |

印

新規 更新

|                           |                          |  |
|---------------------------|--------------------------|--|
| 〒：                      — |                          |  |
| 住所：                       |                          |  |
| 氏名：                       | 本人との関係                   |  |
| 電話番号：                     | (                      ) |  |
| 携帯電話番号：                   | (                      ) |  |

|      |    |   |   |   |
|------|----|---|---|---|
| 申込日  | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日  | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 |