

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	令和 年 月 日
入所申込受付日	令和 年 月 日

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 サテライトしらぬい荘入居申し込み書

サテライトしらぬい荘  
施設長 由布 眞知子様

入所申込者 〒 —  
住所:  
氏名: 印  
連絡先(自宅・携帯): — —  
入所希望者との続柄 ( )

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入所希望者の状況									
ふりがな		性別	男・女	年齢	満( )歳				
氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日			
現住所	〒 —								
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】								
	名称								
	所在地								
	入所(院)開始年月日	年 月 日から							
保険者名			介護被保険者番号						
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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( )								

入所希望者の意向	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
その他入所に関して特に希望する事項 (サービス内容等)	

生活暦と介護保険サービスを利用するに至った経緯を簡単に御記入下さい。 ※入所要件になるものではありません。	生活暦(出身地・お仕事内容・趣味等)
	介護保険サービスの利用を開始した経緯

同意書	
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p> <p>また入所判定の参考とするため、現況調査を実施する際、担当ケアマネージャー又は関係機関に内容確認するため情報提供することに同意します。</p>	
令和 年 月 日	
入所申込者(ご家族 氏名):	印
入所希望者(ご本人 氏名):	印

※ 入所申込書と一緒に介護保険被保険者証のコピーの提出をお願いします。