

(様式2)

お申込後に、要介護度や介護者の状況等に変更等があった場合、その都度、変更用紙に記入のうえ当園まで提出してください。提出されない場合、申込者の状況等が反映されず正確な判断が出来ないことがあります。

すいよう会入所申し込み 状況変更届け

初回申込日	平成 年 月 日
今回受付日	平成 年 月 日

申込者	氏名		続柄：
	住所	〒	
	電話		

入所を希望する施設に○を記入してください。(複数の場合は優先順位を記入して下さい。)

<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホームアソカ園	<input type="checkbox"/>	グループホーム陽だまり
<input type="checkbox"/>	小規模特別養護老人ホームなの花	<input type="checkbox"/>	グループホームほの花
<input type="checkbox"/>	ケアハウス白寿	<input type="checkbox"/>	

入 所 者 の 状 況	フリガナ		保 険 者	新居浜市 その他 ()				
	氏 名	男・女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭・ 年 月 日	要 介 護 度	要支援1 ・ 要支援2				
	現 住 所	〒		1	2	3	4	5
	電話番号	() -	認定有効期間	平成 年 月 日から				
				平成 年 月 日まで				
	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"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設・病院名：) 入所・入院日： ()						
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名： 続柄： 介護者の生年月日： 年齢：						
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が他の者を介護しているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 () 注：施設や病院にいる場合は、自宅での生活状況を想定してご記入ください。						
	医療の状況	現在治療中の病気など、わかる範囲でご記入ください。 [] 食事状況 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養等 ()						
その他	※介護認定やケアプラン等で関わりのある居宅介護支援事業所名をご記入ください。 居宅介護支援事業所名： () 名前： ()							

入所に関する説明を受け、次のことについて同意します。

○市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること、また、市町村等より入所判定に必要な情報提供を受けること。

平成 年 月 日

氏名 (本人又は代理人)

印