

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため				
	<input type="checkbox"/> 介護者が介護困難な状況にあるため (具体的な理由)				
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため				
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の経済的負担が大きいため				
	<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、 在宅での生活が困難であるため(年 月 日頃退院(退所)予定)				
	<input type="checkbox"/> 将来的に介護が困難であるため				
	<input type="checkbox"/> その他				
入所判定にあたって特に配慮してほしい事項					
他施設への申し込み状況	申込み済みの施設 () () ()				
	申込み予定の施設 () () ()				
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日生 (才)	
	住所	〒 —	電話 — —		
			要介護認定 無・有(要介護)		
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
申込みとの関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()				
家族の状況	家系図	氏名	続柄	年齢	備考
申込者	フリガナ	続柄			
	氏名	電話番号(連絡がとれる番号をご記入下さい)			
	住所 〒 —	昼	—	—	
		夜	—	—	

私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者より説明を受けました。又、当施設での介護サービスに関わる利用目的(行政、他の施設、病院、診療所、薬局、介護系サービス事業者等との連絡、入所判定に関わる、判定会議等での個人情報)の使用について同意します。

年 月 日 入所希望者署名

代理人署名

(代理人が署名を代行した理由)