

石川県指定介護老人福祉施設入居申込書

申 込 日	令和	年	月	日
受 付 日	令和	年	月	日

申込者（連絡先）

〒	:	—
住所	:	
氏名	:	
電話	:	()

申 込 先 (入居希望施設)		特別養護老人ホームあがたの里		介護 1・2 の方（裏面にも記入欄あり） 特例入居の事由 ☐ あり ☐ なし										
どちらか○でお書き込み下さい。		・ 従 来 型 ・ ユ ニ ッ ト 型		保 険 者										
入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)			性 別	被保険者番号									
	氏 名			男 ・ 女	要 介 護 度									
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要 介 護 認 定 期 間		年 月 日から		年 月 日まで						
	現 住 所	〒 —		TEL ()										
	現 況	☐ 自宅で一人暮らししている。 ☐ 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 介護老人福祉施設や病院に入っている。 「施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名： ◇所在地（市町村名）： ◇入所又は入院期間： 年 月 日から入所・入院している。												
介護者の状況	☐ 介護する者がいない。 ☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難 ☐ 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難。 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。													
入居希望時期	☐ 今すぐ入居したい。 ☐ 年 月 日頃までに入居したい。													
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ その他 【現在治療中の病気・特記事項等】 () 【かかりつけ医】 医師氏名 医療機関名 医療機関所在地 TEL													
申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる。 ◇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 () ()													
主 た る 介 護 者	(フリガナ)			性 別	本人との関係									
	氏 名			男 ・ 女	生 年 月 日									
	同居の区分	☐ 同居している。 ☐ 別居している。住所：〒												
意見	【介護している上で困っていること等】													
同意書	県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 年 月 日 氏 名： 印													

※ 「被保険者証（写）・直近 3 ヶ月分「サービス利用票及び別表（写）」を添付してください。
※ 「特例入居の事由」欄で「あり」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。

(裏面)

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に印を付けて下さい。

- ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。