

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無く介護者が居ない為
	<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である
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため
	<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であるため
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、又は就業している為に十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難
※該当するもの全て選んで下さい	<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居別居の別	(別居の場合)	
	主介護者にチェック					住所	電話
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい
	<input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込み中 (施設名) _____ _____
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

特記事項	_____ _____ _____
------	-------------------------

担当ケアマネジャー	氏名	連絡先:
	事業所名	

説明確認欄	私は、入所申込みに際し入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: _____
-------	----------------------------------------------------------------

※介護保険の被保険者証・直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。
 社会福祉法人 河内厚生会