社会福祉法人まこと　入所申込書

申請者　氏　名　　続柄

〒　　－

申　込　日　　令和　　年　　月　　日

住　所

電　話　　（　　）

受付職員名

入所希望施設　（複数選択可。但し、しあわせの家寒川については四国中央市の被保険者に限る）

☐ 特別養護老人ホーム　しあわせの家

☐ 地域密着型特別養護老人ホーム　しあわせの家　寒川

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
住所	〒　－			電話番号	（　　）
保険者	四国中央市 その他（　　）			認定年月日	年　月　日
被保険者番号	0000			有効期限	年　月　日から 年　月　日まで
要介護度	1・2・3・4・5				
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所の利用有無　☐ 有　・　☐ 無 居宅介護支援事業所（　　）担当ケアマネ（　　）				
他施設への申し込み	☐貴施設のみ ☐他の施設へも申し込む（施設名：　　）				
日常生活の状況	☐在宅（独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内または近隣に家族がいる） 在宅サービスの利用有無　☐ 有　・　☐ 無 （利用ありの場合その内容： ☐施設（病院・老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他） 施設（病院）名：　　退院（退所予定）日　年　月　日				

介護者の状況　あり　・　なし 入院・入所者の方は在宅介護を想定してご記入して下さい				入所希望の理由（該当するものを全てご記入下さい）
主たる介護者	氏名		続柄	☐ 生活のため仕事に就いているので介護が困難 ☐ 未就学の子や孫がいるので介護が困難 ☐ 病気や障害などで介護が困難 ☐ 他の者を介護しているので介護が困難 ☐ その他（　　）
	住所			
	生年月日	年　月　日		
	年齢	歳		入所時期の希望
従たる介護者	氏名		続柄	☐ 今すぐ入所したい ☐ 必要になった時に入所したい
	住所			
現時受けている医療の状況	現在治療中の病気など、分かる範囲でご記入下さい			

入所申込に際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します

1．入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
2．市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。
3．特例入所の申請の場合、その事由を別紙にて提出すること
4．特例入所事由を市町村が認めない場合には申請が却下されること

入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

令和　　年　　月　　日

氏名（本人または代理人）　　印

（添付書類）

1.介護保険証のコピー　2.認定資料提供に関する本人同意書　3.入所判定に係る調査同意書