

入 所 申 込 書

社会福祉法人 加茂福祉会 理事長 様

| | |
|-------|-------|
| 申込年月日 | 年 月 日 |
| 法人受付印 | 施設受付印 |
| | |

申込者（連絡先）

| | |
|---------------|-------------|
| 住 所 | 〒 |
| (フリガナ) 氏 名 | (入所希望者との関係) |
| 電 話 番 号 | |

貴法人の施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | |
|--------------|---|---|---------------------|
| 入所希望者 氏 名 | (フリガナ) | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| 現 住 所 | 〒 | | |
| | 電話番号 () | | |
| 介 護 保 険 | 被 保 険 者 番 号 | | 保 険 者 名 |
| | 要 介 護 度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | |
| | 認 定 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 健 康 保 険 | (種別・記号番号) | | |
| 年 金 等 | (種別) | | |
| 障 害 者 手 帳 等 | 手帳の種類 _____ (障害名:) | | |
| | 判 定 _____ 級 (度) 年 月 日 | | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設 (病院) に入所 (入院) 中 名称 _____ (年 月 日~) | | |
| 医 療 の 状 況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人口肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 現在治療中の病気 | | |
| | 病 名 | 入院・通院医療機関名 | 期 間 |
| | | | 年 月 日~ |
| | | 年 月 日~ | |
| | | 年 月 日~ | |
| | 既往歴 | | |
| 病 名 | 入院・通院医療機関名 | 期 間 | |
| | | 年 月 日~ | 年 月 日 |
| | | 年 月 日~ | 年 月 日 |
| | | 年 月 日~ | 年 月 日 |
| 入所希望者の意向 | (希望時期) <input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい (希望施設) <input type="checkbox"/> 平成園 <input type="checkbox"/> 第二平成園 <input type="checkbox"/> 第三平成園 (個室ユニット) <input type="checkbox"/> 平成園か第二平成園 (多床室、又は従来型個室) <input type="checkbox"/> 3施設、どこでも良い * 他施設の入所申込状況 <input type="checkbox"/> 当法人の施設のみに申込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる (他の施設名) _____ _____ _____ | | |

