

石川県 指定介護老人福祉施設入居申込書

申込者(連絡先)

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒 :	-
住所 :	
氏名 :	印
電話 :	()

入居希望者の状況	申込先 (入居希望施設)	能登穴水聖蹟園		保険者	
	(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	平成 年 月 日から 平成 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」は記入して下さい。 施設名又は病院名: _____ 所在地(市町村名) _____ 入所又は入院期間:平成 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 平成 年 月 日頃までに入所したい			
	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、又は今後他の施設も申し込む予定。 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	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	同居している 別居している(住所:〒 - TEL ())			
意見	【介護しているうえ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。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印				

「被保険者証(写)・直近1ヵ月分「サービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

石川県 指定介護老人福祉施設入居再評価申込書

(回目)

当初申込日	平成 年 月 日
申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒 :	-
住所 :	
氏名 :	印
電話 :	()

入居希望者の状況	申込先 (入居希望施設)		性別	保険者	
	(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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 -		TEL	()
再評価 申込み の理由 (前回からの 変更点等)	要介護度の変更 介護者の状況の変化 居宅サービス利用状況の変更 痴呆の状況の変化 その他個別の事情の変化 (具体的な内容等)				
入居希望時期	今すぐ入居したい 平成 年 月 日頃までに入居したい				
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	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	同居している 別居している (住所: 〒 - TEL ())			
	意見	【介護しているうえ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。 平成 年 月 日 氏名: 印				

「被保険者証(写)・直近1ヵ月分「サービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

介護支援専門員意見書

記入日 平成 年 月 日

入居希望者	(フリガナ)	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日()歳		連絡先	
上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。				
介護支援専門員氏名 _____				
居宅介護支援事業所名 _____			TEL	- -
居宅介護支援事業所所在地 _____			FAX	- -

意見記入欄

介護支援専門員がない場合は、添付は不要です。