

# 社会福祉法人 有徳会 入所申込書

入所申し込みを、入所調査票、認定調査票（写）、被保険者証を添えて  
次の通り申し込みます。

申込書	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

※各項目について、必要事項を記入し、該当するところに○をつけてください。

入所希望者	ふりがな				性別	希望施設	<input type="checkbox"/> 松阪有徳園（ユニット型） <input type="checkbox"/> 飯高有徳園 （ <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型 <input type="checkbox"/> どちらでも） <input type="checkbox"/> グループホームゆうとく						
	氏名				男・女								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日（ ）歳								
	保険者		生活保護	該当・非該当	被保険者番号								
	現住所	〒 -											

家族等連絡先	ふりがな				性別	入所希望者との関係	自 宅					
	氏名				男・女	連絡先						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日（ ）歳		携帯電話					
	住 所	〒 -										

入所希望者の状況	要介護度	1・2・3・4・5・申請中			要介護度認定期間	令和	年	月	日から	
		令和 年 月 日まで								
	現 況	・自宅ですら一人で暮らしている ・自宅で家族と暮らしている ・施設入所中 施設名 _____ H・R 年 月 日～ ・医療機関に入院中 病院名 _____ H・R 年 月 日～								
	家族構成	・単身 ・高齢者世帯 ・左記以外の世帯（ _____ ）								
	主介護者の状況	・就労している・疾病がある・複数の人を介護している・主介護者以外に協力者がある ・要介護者である・介護者はいない・その他（ _____ ）								
	医療の状況	・経管栄養・胃ろう・在宅酸素・インシュリン注射・その他（ _____ ）								
	申込状況	・当施設のみ申し込む ・他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇すでに申し込んでいる他の施設名（ _____ ） ◇今後申し込む予定の施設名（ _____ ）								
在宅サービス利用	・デイサービス・ショートステイ・訪問介護・訪問看護・利用していない ・その他（ _____ ）									

申込み理由	※必ず記載して下さい（例：病院（施設）から退所（退院）を求められている、経済的負担が大きい等）
-------	---

※「入所順位決定法」「入所順位見直し」等に関して質問がございましたら遠慮なくご連絡ください。

社会福祉法人 有徳会 T E L 0598-30-6539 / F A X 0598-30-6538
---

# 入 所 調 査 票

対 象 者	被 保 険 者 番 号								
-------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

担 当 ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー 記 入 欄	担当ケアマネージャー氏名：	事業所名：	連絡先電話番号：				
	年    月	要介護度	介護者の有無	在宅サービス直近3ヵ月利用単位数			
		1・2・3・4・5	単身・介護者有	3ヵ月前	2ヵ月前	1ヵ月前	
		認 知 症		要介護度			
		正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		利用単位数			
意見：							

※「認定調査票（写）」・「被保険者証」を添付してください。

施 設 記 入 欄	入所申込み受付日：令和 年 月 日		入所決定日：令和 年 月 日			
	年	要介護度	認知症	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
		1・2・3・4・5	有 ・ 無	単身・高齢者世帯・その他		点
	月			点	点	
	年	要介護度	認知症	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
		1・2・3・4・5	有 ・ 無	単身・高齢者世帯・その他		点
	月			点	点	
	年	要介護度	認知症	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
		1・2・3・4・5	有 ・ 無	単身・高齢者世帯・その他		点
	月			点	点	