

利用を希望する理由 該当するものすべてを選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が同居しておらず希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村以外に住んでいる。 <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が同居しておらず希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村に住んでいる。 <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中などの状況にて事実上介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況により、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 主介護者が要支援状態、高齢等の状況により、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、育児、または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"/> 他施設や病院から退所、退院を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院する事となったが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------------------------------	--

※要介護 1・2の方について 以下の該当するものを選んでください	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等により深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 特記事項（ ）
-------------------------------------	---

ご家族の状況	氏名 主介護者は□にチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居の別	別居の場合		本人への援助
	住所		電話番号					
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号	本人への援助
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

意見等 (現状の介護で困っていることなど)	在宅で介護出来ない事情がありましたらご記入下さい。(具体的に)
--------------------------	---------------------------------

利用希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望 (1～3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居希望 <input type="checkbox"/> 必要になった時にはすぐに利用したい。
--------	--

本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難
---------	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている、又は申し込む予定 (他の施設名)
------	--

担当介護支援 専門員	氏名	連絡先
	事業所名	

説明確認欄	<p>私は、利用申込みに際し、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用順位の決定方法、特例入所の趣旨、留意事項、意見照会の為に施設と市町村間で情報を開示共有すること、また入所判定時に必要な介護認定情報を取得することを施設から説明を受け同意しました。 ・入所申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握する事が出来ない場合には、本申込みを無効とする事について同意します。 <p>令和 年 月 日 氏名：</p>
-------	--

※保険者証・直近3カ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。また介護保険市町村が牛久市外の場合には、保険市町村に直近の入所判定用介護認定資料の写しを請求し添付してください。

※要介護度など本申込書に記載した要件に変化があった場合や他施設へ入所されるなどありましたら、すぐに当施設へお知らせ下さい。