



入所希望の時期及び理由	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい(時期 頃)	
	申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請(施設名: )
	申し込みのきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院等の紹介 <input type="checkbox"/> 知人のすすめ <input type="checkbox"/> 施設見学をして <input type="checkbox"/> 個室を希望している <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就業しているため、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため(具体的な内容: ) <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他( )	
	※該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい	
	その他の具体的な状況(経済的状況、介護サービス利用開始時期・きっかけ、利用していた事業所等、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性、ご本人、ご家族の希望・要望)	
医療・介護関係者	主治医	医療機関名 主治医氏名
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 事業所名 担当者名
生活歴・家族構成	1ヶ月の利用負担金の上限(本人の収入を施設利用料が上回る場合には、家族の援助含む)	(月額) 万円までなら負担可能
	生まれ、育ち、生年月日、兄弟関係、最終学歴、職歴、結婚・子供の有無、死別時期などの生活歴や趣味、嗜好、特技、性格等どういった生活をされていたのか、ご本人の人となりを時系列に沿って記入してください。(別紙添付可能)	
	家族構成(申込者ご本人を中心に3世代程度の家族構成)	
	【例】 	
個人情報取得・提供の同意	入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立つため高知県及び関係市町村から要請があった場合の情報提供、又は迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有および提供することに同意します。 なお、入所申込後に入所希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。	
	入所希望者 氏名	印
	家族等 氏名	印

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。