入 所 申 込 書

※ 該当事項を記入し、郵便にてご提出をお願い致します。
※ 郵便到着後、お電話にて申し込み内容のご確認をさせて頂きます。

※ 受付日は記入しないで下さい。

受付日	平成　　年　　月　　日

● 入 所 希 望 者

フリガナ		性別	要介護状態区分	・未認定　・要支援（１・２） ・要介護（１・２・３・４・５）
氏名		男・女	要介護認定期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日迄
生年月日	明・大・昭 年　月　日（　歳）	担当ケアマネージャー（連絡先）	TEL（　－　－　）	
現住所	〒			

家族構成（未成年含む）	氏名	生年月日	続柄	就業・就学(*1)	居住
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別
		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			同・別

現在の所在	1. 自宅で生活中　2. 親族等の家で生活中　3. 施設や病院に入所(院)中 施設・病院名（　） 施設連絡先（TEL　－　－　）(担当者名　） 退所(院)予定（平成　年　月　日・未定）
同居状況	1. 一人で生活をしている　2. 夫婦のみで生活をしている 3. 家族と生活をしている(同居人数　人)
同居者の状況	1. 家族全員が65歳以上である 2. 家族(未成年者を除く)が仕事等で日中不在の為、一人で過ごす時間が長い 3. 家族(未成年者を除く)に病気療養、育児中又は障害を有する者がいる 4. 家族(未成年者を除く)に介護を必要とする者が複数いる(　人) 5. 家族による虐待や介護放棄がある 6. その他(　)
困っている事	

*1 仕事または学校で家を留守にする曜日、時間帯を記入して下さい。

● 申 込 者(施設との連絡を主にされる方)

フ リ ガ ナ		続柄	連絡先	自宅（　－　－　）
氏　　名				携帯（　－　－　）
住　　所	〒			

提出先　〒427-0111 静岡県島田市阪本2449-2　社会福祉法人 大心会