（様式1）

提出日	平成　　年　　月　　日

尾道市介護老人福祉施設入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・尾道市・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また尾道市・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な介護認定情報等の個人情報を提供することに同意します。 平成　　年　　月　　日　　氏名　　㊞

申請者（連絡先）	〒　　－ 住所	氏　名	
		電　話	（　　）
		携　帯	（　　）
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性　別	保　険　者	
	氏　名	印	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		要介護状態区分	要介護（１・２・３・４・５）
	現住所	〒　　－		要介護認定有効期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで
	状　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □老健などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記項目にご記入ください） ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成　　年　　月頃から			
	住環境	□車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 □住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 □その他（　　）			
	特例入所の理由	**〔要介護１又は２の入所申込者のみ記入〕** ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載（認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように）			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □平成　　年　　月頃（まで・以降）に入所したい			
	医療の状況	□経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養（ＩＶＨ） □インシュリン注射 □じょく瘡（床ずれ） □在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他（　　）			
	特養申請状況	□当該施設のみの申請 □他の施設にも申請している（申請している施設名：　　）			
主介護者	フリガナ		性　別	入所申込者との関係	
	氏　名		男・女	生　年　月　日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	同居有無	□同居　□別居（□同一市内 □県内市外 □県外）　□その他（　　）			

その他の介護者	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	

<table>
<tr><td rowspan="2">入所の必要性</td><td colspan="2">【自由記述】
〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕</td></tr>
<tr><td rowspan="2">備考</td><td>担当ケアマネジャー</td><td>□いる　※事業所名（　　）名前（　　）
□いない</td></tr>
</table>

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。