

施設長様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

受付日	令和 年 月 日
受付者	

入所申込施設 申し込む施設に✓をつけてください	☐ 勅使苑（多床室） ☐ 第二勅使苑（ユニット型個室）
	☐ くつかけホーム（ユニット型個室）※保険者が豊明市の方のみ ※利用料金に差異がありますので、別紙「料金表」をご確認ください。

入 所 希 望 者	ふりがな			性	男	生年月日				
	氏 名			別	女	大・昭・平	年 月 日	(歳)		
	住 所	〒 ー								
被保険者番号									要介護度	3 4 5 (1 2)
保険者番号									保険者名	
認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
負担割合	() 割									
負担限度額	無 有 (第 段階)									

申 込 者	住 所	〒 ー		(自宅番号)	
				(携帯番号)	
	ふりがな			入所希望者	
	氏 名			との続柄	
連 絡 先	住 所	〒 ー		(自宅番号)	
				(携帯番号)	
	ふりがな			入所希望者	
	氏 名			との続柄	

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申 込 状 況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()
	申し込み予定施設名 () ()

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。
	また、特定入所対象者として施設が豊明市の判断を仰ぐ場合等に、豊明市からの求めに応じて申込書の内容を豊明市に報告することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 () 本人との続柄

※該当するものに✓をつけ、その状況をご記入ください。

2

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	大・昭・平・令	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	☐ 同居 ☐ 別居（住所： ） 入所希望者宅までの所要時間（ ）分						
	就労状況	☐ 就労していない ☐ 就労している（週 日、週 時間程度）						
	健康状態	☐ 健康 ☐ 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中（病名 ） ・入院していないが継続的な治療を要する（病名 ） ・要入院加療（ か月程度・病名 ）						
	身体状況	☐ 障害有（ 級・障害の種類： ） ☐ 無						
	要介護度	☐ 有（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） ☐ 無						
他に対応を要する家族の有無	☐ 育児に必要な家族がいる（子どもの年齢 歳） ☐ 3か月以上看病（付添）に必要な家族がいる（自宅療養・入院中） ☐ 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） ☐ 介護に必要な障害を有する家族がいる（ 級・種類： ）							
介護協力者の有無	☐ 同居親族に協力者がいる ☐ 同居以外の親族に協力者がいる ☐ 親族以外の協力者（近隣者など）がいる ☐ 協力してくれる人はいない							
担当居宅介護支援専門員の有無	☐ 有 ※有の場合、事業所名及び担当者名もご記入ください。 （事業所名： 担当者名： ） ☐ 無							
在宅サービス利用状況	☐ デイサービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ ショートステイ ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問リハビリ ☐ 福祉用具貸与 ☐ その他（ ） 備考欄：							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込書に添えて提出する書類

- ・入所希望者の介護保険被保険者証等一式（写）
- ・薬剤情報が分かるもの（お薬手帳等）

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

配偶者 本人		子	孫
兄弟姉妹	甥姪		