

# 入 所 申 込 書

島根県隠岐郡西ノ島町大字宇賀697番地  
社会福祉法人西ノ島福祉会  
特別養護老人ホーム和光苑  
Tel 08514-7-8116

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな) 利用者氏名	性別	男・女
〒 -	生年月日	明・大・昭 年 月 日
現住所	電話番号 ( )	
介護保険者被保険者番号		
要介護度	要介護 1 . 要介護 2 . 要介護 3 . 要介護 4 . 要介護 5	
要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

## 【本人状況】

1. 現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	
	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している方は記入して下さい。		
	◇施設名又は病院名		
	◇所在地		
	◇入所又は入院期間:平成 年 月 日から入所・入院している		
2. 入所希望利用	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない		
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労		
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難		
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他		
	◇現在治療中の病名		
	◇病院名		◇主治医
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級)
	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み		
6. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定		
	◇申し込んでいる(予定の)方は記入してください 1. 2.		
7. 書類提出	* 入所のために必要な介護保険に係る関係書類を提出することに同意しますか。		
	1. はい		2. いいえ

## 【申込者】

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	明・大・昭 年 月 日
〒 -			電話番号 ( )
住所			
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している	<input type="checkbox"/> 別居している	<input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活
家族からの意見			

担当ケアマネージャー
事業所名
連絡先電話番号

上記の内容のとおり貴施設に入所を希望します。

特別養護老人ホーム和光苑  
苑長 福浦 隆 殿

利用者氏名

印

申請者氏名

印