

(表)

標準様式

入所申込書「別紙」 (「要介護1又は2」特列入所者用)

年 月 日

(フリガナ) 氏 名		保 険 者					
		保険者番号	.....	.....	.....	.....	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳 )	性別	男 ・ 女
申込者記入欄	※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。					施設確認欄	
	<input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。					<input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
※上記に当てはまる具体的な事由を記入して下さい。							
記入者の氏名： 本人との続柄：							
施設の確認及び記入欄	※上記の確認内容を記入して下さい。						
	上記について、報告を行うとともに、入所申込時の入所等検討委員会に必要なとなる保険者市区町村の意見を求めます。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 施設所在地： 施設名： 代表者名： 担当者名：						
入所申込時の保険者市区町村の意見記入欄	※保険者市区町村の意見を記入して下さい。						
	<div style="text-align: right;">年 月 日</div> 保険者所在地： 保険者名： 代表者名： 担当者名：						

(裏)

施設記入欄	※入所申込時の入所等検討委員会における協議内容及び結果等を記入して下さい。
施設記入欄	入所者の決定を行う際の入所等検討委員会に必要となる保険者市区町村の意見を求めます。 年 月 日 施設所在地： 施設名： 代表者名： 担当者名： (印)
入所者の決定を行う際の保険者市区町村の意見記入欄	※保険者市区町村の意見を記入して下さい。 年 月 日 保険者所在地： 保険者名： 代表者名： 担当者名： (印)