

入所申込書

社会福祉法人アテナ会

平成 年 月 日

アテナ理事長 殿

次のとおり「アテナ」への入所を申し込みます。

フリガナ					男 ・ 女
本人氏名					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	歳
現住所	〒				
TEL	()	-			
入居希望時期	すぐに入居したい ・ いずれ入居したい ・ 平成 年 月頃				
申込理由					
住居状況	持家 ・ 賃貸 ・ 公営住宅 ・ その他 ()				
世帯状況	独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族同居 ・ その他 ()				
待機場所	在宅 ・ 医療機関 ・ 介護保険施設 ・ その他 ()				
入居者本人の 収入の状況 (年金・恩給等)	国民年金・厚生年金・共済年金(年金)		年額	円	
	恩給		年額	円	
	その他 ()		年額	円	
利用料等の 経費支払者	※いずれかに○つけてください。1. 本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者				
	縁故者の負担がある場合に記入してください。				
	氏名	続柄		年齢	
住所					
家族構成 (近親者)	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号
身元保証人	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号

【入所申込書 兼 第一次判定調査票）

申込者		続柄:
住所		
TEL		

記入日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

フリガナ		男・女
本人氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生まれ	歳
要介護度		介護保険被保険者番号
認定の有効期限 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
現住所	〒 _____ TEL (_____)	
※以降、当てはまる欄目すべてチェックして下さい。		
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅・ <input type="checkbox"/> 医療機関・ <input type="checkbox"/> 介護保険施設・ <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
在宅時の状況	※入院、入所中の方は在宅生活を態定してご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている (<input type="checkbox"/> 同敷地内に家族がいる <input type="checkbox"/> 近所に家族が住んでいる) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	
主な介護者名	続柄:	年齢:
入所の希望する理由	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が就労中のため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中のため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病弱で介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が他に介護しているため。 <input type="checkbox"/> その他	

※就労中とは:生計を維持するために仕事に従事している場合をいう。

※育児中とは:未就学の乳幼児を世話している場合をいう。

※病弱で介護困難とは:現在治療中の疾病や慢性疾患・障害等があつて、その介護に応えられないときが多い場合。又、既に介護認定を受けてそのサービスを利用している場合等をいう。

※他に介護しているとは:当事者以外にも、病弱者や障害者等の世話をしている場合をいう。

入所申込みに際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します。

1. 入所判定に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所調査に必要なケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から求められた場合、この申込み情報を布町村へ提供すること。

平成 年 月 日

氏名 (本人または代理人)

印