様式第１号

介護老人福祉施設入居申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

特例入居の事由	□ 有	□ 無

申込者（連絡先）

郵便番号：　　－
住　　所：
氏　　名：
Ｔ Ｅ Ｌ：　　（　　）

入居希望者の状況

申込先 （入居希望施設）	□ 金沢朱鷺の苑　（ 従来型 ） □ 中央金沢朱鷺の苑　（ □従来型　□ユニット型 ） □ 第二金沢朱鷺の苑　（ 従来型 ） □ 朱鷺の苑西インター（ 地域密着型 ）				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性　別	要介護度	保険者(市町)	介護保険被保険者番号
氏　名		男・女			
生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日　（　　）歳	要介護認定 有効期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで		
現住所	〒　　－			TEL　　（　　）	
現　況	□ 自宅で一人暮らししている　□ 自宅で家族と暮らしている　□ 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい ◇ 施設名又は病院名：　◇ 所在地（市町村名） ◇ 入居又は入院期間：平成・令和　年　月　日から　入居・入院　している				
介護者の状況	□ 介護する者がいない □ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難 □ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 □ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難				
医療の状況	□ 経管栄養　□ 胃ろう　□ インシュリン注射　□ 透析　□ 喀痰吸引　□ その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医　師　氏　名： 医 療 機 関 名： 医療機関所在地：　TEL　　（　　）				
障害の状況	□ 視覚障害　□ 聴覚障害　□ 言語機能障害　□ 知的障害　□ 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳（写）等を提出してください				
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、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設　□ 有（　　）　□ 無 ◇ 今後申し込む予定の他の施設　□ 有（　　）　□ 無				
入居希望時期	□ 至急　□ 半年以内　□ 半年から１年以内　□ １年から２年以内　□ その他（　　）				

主たる介護者

(ﾌﾘｶﾞﾅ)		本人との関係	同居の区分	□ 同居している　□ 別居している 住所：
氏　名				
生年月日	昭・平　　年　　月　　日　（　　）歳		連絡先	TEL　　（　　） 携帯　　（　　）
意　見	【介護しているうえで困っていること・入所後のご要望等】			

同意書

この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。
令和　　年　　月　　日

氏　名：　　印

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。
※「被保険者証(写)」「直近３ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付してください。
※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

（ 裏 面 ）

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に☑を付けて下さい。

□ 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。

□ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

□ 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・安心の確保が困難である。

□ 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、且つ、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。

●該当する事由の具体的内容について記載してください。