

利用申込書 兼調査票

希望施設		<input type="checkbox"/> 坂戸サークルホーム（多床室） <input type="checkbox"/> 小沼サークルホーム（ユニット型個室） <input type="checkbox"/> どちらでもよい		申込日 令和 年 月 日		担当	
入所希望者	ふりがな氏名			性別	生年月日		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
	住所連絡先	〒 ー 番					
	住いの場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他					
	介護保険者			要介護認定有効期間	平成 年 月 日まで		
要介護度	1・2	3・4・5	年金等収入	月額 約	万円	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
在宅が困難な理由、特例入所要件 ※要介護1、2の方は必須	<input type="checkbox"/> 認知障がい等 <input type="checkbox"/> 独居等 <input type="checkbox"/> 虐待	認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。 独身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であること。 虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。					
申込者	ふりがな氏名			☎1			
		(歳)		☎2			
	住所	〒 ー 番					続柄
主な介護者	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ（※申込者と異なる場合下記に記入）			<input type="checkbox"/> 介護者がいない（下記該当に○） ア・介護サービス事業者のみ イ・ご近所の方又は民生委員等 ウ・まったく介護されていない エ・その他（※裏面備考欄に記入）			
	住所氏名			続柄	歳		
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者は、別居で常時介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者に、病気や障がい等があり、日常的な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、仕事のために介護は不可能である。						
家族・親族について		氏名	続柄	年齢	住所（わかる範囲で）		介護の可否
							可・否
							可・否
	<input type="checkbox"/> いない						可・否

