

【申込施設】 ※複数選択可 <input type="checkbox"/>		居室形態	施設所在地	申込年月日	受付職員
<input type="checkbox"/> 坂戸サークルホーム <input type="checkbox"/> 小沼サークルホーム <input type="checkbox"/> サークルホームかたやなぎ		多床室 個室 多床室	坂戸市 石井 坂戸市 小沼 坂戸市 片柳	令和 年 月 日 ※申込書を提出した日	
サークルホームかたやなぎは地域密着型で坂戸市民が利用対象です				受付方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
ご本人のことに ついて	ふりがな 氏名	性別		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
	住所 連絡先	〒		☎	
	住いの 場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <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"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> その他()			
	介護 保険者	要介護認定有効期間		令和 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
※要介護 1、2の方 必須記入 在宅が困難 な理由、特例 入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症 障がい <input type="checkbox"/> 独居 <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だ であること。			
申込者	ふりがな 氏名	(歳)		☎	☎
	住所	〒			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 (該当に○)	
	住所 氏名	続柄	(歳)	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 介護されていない エ その他 (裏面連絡欄に記入)	
介護者の状況 ※あてはまる 場合に、チェ ックしてく ださい	<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、仕事のために常時介護は不可能である				
他の家族 の状況	氏名	続柄	年齢	住所 (わかる範囲で)	介護の可否
					可・否
					可・否

