

(様式1)

入 居 申 込 書

介護老人福祉施設 四万十の郷 様

申込者	ふりがな	しまんと きょうじろう		入居希望者との関係		
	氏 名	四万十 郷次郎		弟		
身元引受人	ふりがな	しまんと きょうじろう		入居希望者との関係		
	氏 名	四万十 郷次郎		弟		
連絡先	ふりがな	しまんと きょうじろう		入居希望者との関係		
	氏 名	四万十 郷次郎		弟		
	住 所	〒 787-0008 高知県四万十市安並字東丸5803番地				
	電話番号	(日中) 090-0000-0000 (夜間)				

入居希望者の状況	ふりがな	しまんと きょうたろう		生年月日	明治 大正 4 年 1 月 10 日							
	氏 名	四万十 郷太郎			男 女	昭和						
	住 所	〒 787-0008 高知県四万十市安並字東丸5803番地										
	介護保険	要介護度	☐ 要介護度1 ☐ 要介護度2 ☐ 要介護度3 ☒ 要介護度4 ☐ 要介護度5									
		被保険者番号	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	保険者(市町村)	四万十市
		認定期間	☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ~ ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日									
	健康保険	種 別				障害者手帳	種 類					
		記 号 番 号					判 定					
	収入状況	年金等	(種別) 国民厚生年金		(支給年額)		126万円					
			(種別)		(支給年額)							
生活保護受給			有 ・ 無									
現在居所	☐ 自宅 ☒ 施設 ☐ 病院(一般・介護・医療) ☐ その他()											
	施設又は病院名 四万十ショートステイ				入所又は入院時期 7年 6月頃							

入居希望者の日常生活状況	☒ 認知症がある →特記すべき症状 ()										
	☐ 視力に障害がある ☐ 聴力に障害がある ☐ 言語に障害がある ☐ 手足に障害がある										
	移動・・・ ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☒ 全介助					☐ 杖を使用 ☒ 車椅子を使用 ☐ 歩行器 ☐ その他()					
	食事・・・ ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☒ 全介助					形態: ☐ 普通食 ☒ 刻み食 ☐ 流動食 内容: ☐ 普通 ☒ 治療食					
	排泄・・・ ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☒ 全介助					☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ その他()					
	入浴・・・ ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☒ 全介助										

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。

施設記入欄(変更連絡時記載)													受付日
要介護認定	要介護度		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
	要介護度		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
	要介護度		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
	要介護度		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
	要介護度		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
待機場所	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他(												