

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()		
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日)		
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日 年月日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()		
同居家族	氏名		年齢	本人との関係
	氏名		年齢	本人との関係
	氏名		年齢	本人との関係
	氏名		年齢	本人との関係
	氏名		年齢	本人との関係
	氏名		年齢	本人との関係
入所希望理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:)			
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない		

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。