

別紙1-2

◎ 入所申込者

(フリガナ)					性 別	被保険者番号				
氏 名	印				男・女	要 介 護 度	1 ・ 2			
生 年 月 日	明治	大正	昭和		要 介 護 認定有効期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで
	年 月 日 ()歳									
現住所	〒 ー									

□ 自宅で一人で暮らしている □ 自宅で家族と暮らしている □ 施設や病院に入っている

現 況	◇施設名又は病院名：◇所在地(市町名のみ)：
	◇入所又は入院時期：平成 年 月 から入所・入院 している
居宅において日常生活を営むことが困難な理由	※申込者の身体の状態及び生活環境、介護者の身体の状態や生活実態を含め、具体的に記入してください。
医療の状況	☐ 経管栄養(鼻腔・胃ろう) ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ バルーン ☐ ストマー ☐ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	☐ 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名()() ◇今後申し込む予定の他の施設名()()

(フリガナ)		性 別	本人との関係	
氏 名		男	生 年 月 日	
		女	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日

同居、別居 の区分	☐ 同居している ☐ 別居している(住所:)
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

平成 年 月 日

入所申込者

印

代理人

印

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規 更新				
申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
有効期限	平成	年	月	日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒： ー		
住所：		
氏名：	本人との 関係	
電 話 番 号： ()		
携帯電話番号： ()		