

施設入所申込書

(あて先) 東温市長

次のとおり、施設入所を申込みます。

記

フリガナ			性別	□男 □女		
氏名			生年月日			
住所	〒		電話番号			
			障害支援区分	1・2・3・4・5・6		
			有効期間			
入所希望施設名	(第1希望)		(第2希望)			
	(第3希望)		(第4希望)			
世帯の経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 所得税課税世帯		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他			
障害の程度	障害種別	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		種級	種級
		療育手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		等級	A・B ()
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		等級	1級・2級・3級	
	A D L (支援の必要性)	食事	全面的・部分的・低い	排泄	全面的・部分的・低い	
		入浴	全面的・部分的・低い	更衣	全面的・部分的・低い	
移動		全面的・部分的・低い	コミュニケーション	全面的・部分的・低い		
その他						
生活状況	在宅	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()				
	病院入院中	病院名				
		所在地等				
		電話番号				
		傷病名・入院年月日				
	施設入所中	施設名				
		所在地等				
		電話番号				
入所年月日						

家庭環境	単身	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	主な介護者の状況	介護者氏名 (続柄・年齢)				
		職業・連絡先 (電話番号)				
		介護者の状況 (受療の有無等)				
		他に介護している者				
	家族の状況	氏名	年齢	続柄	職業	介助の状況
						全部・一部
						全部・一部
						全部・一部
						全部・一部
特記事項						

(留意事項)

- 1 入所調整要綱の規定に基づき愛媛県が行う市町相互間の連絡調整を行った結果、登録の順番が変更されることがあります。
- 2 入所の順番が到来し、市からその連絡を受けたときは、速やかに入所の可否について判断し、連絡してください。また、必要な手続きを速やかに行ってください。
- 3 入所の順番が到来したのにも関わらず、必要な手続きを速やかに行わなかった場合には、登録が取り消されることがあります。
- 4 入所を希望しなくなった場合には、その旨を速やかに連絡してください。

私は、上記事項について承諾の上、施設入所を申込みます。

申込日	年 月 日
申込者氏名	
本人との続柄	
申込者住所	〒
電話番号	