有限会社ライフスタイル東光
入居申込書

申込希望施設	
□	住宅型有料老人ホーム　しののめの家
□	住宅型有料老人ホーム　かじかの家
□	※グループホーム　久遠の響
□	※グループホーム　蛍灯

申込日	令和　年　月　日	受付日	令和　年　月　日

※グループホーム久遠の響の入所申込に関しては医師から認知症の診断を受け、安来市内に在住しておられる方に限ります。
※グループホーム亀嵩　蛍灯の入所申込に関しては医師から認知症の診断を受け、雲南広域連合圏域内（基本は奥出雲町）に在住しておられる方に限ります。

（ふりがな） 本人氏名	様	□男 □女	生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和 年　月　日（　　）歳
本人住所				
要介護度	1・2・3・4・5	被保険者番号		
介護保険証の区市町村名		要介護認定期間	年　月　日～　年　月　日	

家族又は親族構成	氏　名	続柄	年齢	【今後の連絡先】　住　所　・　電　話　番　号
	《申込者》 様			電話　（　　） 携帯　（　　） 〒
	様			電話　（　　） 携帯　（　　） 〒
	様			電話　（　　） 携帯　（　　） 〒

現　状	□ 自宅で暮らしている　□ 自宅で家族と暮らしている　□ 福祉施設や病院に入っている □ 在宅サービスを利用している　□ その他 「福祉施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ※施設名又は病院名：　※所在地（市区名のみ）： ※入所又は入院期間：　年　月　日から　入所　・　入院している。
入所希望理由（該当にチェック複数可）	□ 介護する者がいない為　□ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難な為 □ 介護している者が就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為　□ 経済的負担が大きい為 □ 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が出来ない為　□ 居住環境の事情により十分な介護が困難 □ 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難な為 □ 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為
入所希望時期	□ 今すぐ入所したい　□ 令和　年　月　日頃までに入所したい
医療の状況	【現在治療中の病名：既往歴など】
申込状況	□ 当該施設のみ申込む。　□ 他の施設も申し込んでいる、又は今後、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（　　）
介護支援専門員について	担当介護支援専門員は、□ いる　□ いない 介護支援専門員の氏名　様　○事業所名称

同意書	・申込施設が担当介護支援専門員から必要な入所申込者等の状況情報を受けることに同意します。 令和　年　月　日　家族代表氏名　㊞