

2 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏 名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	続 柄	生 年 月 日
		長男	大・昭・平 △年 △月 △日(△△歳)
住 所	〒(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地の〇 TEL △△△△-△△-△△△△△		
勤 務 先	〇〇〇〇会社	勤務先 TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

3 主たる介護者

(フリガナ) 氏 名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	続 柄	生 年 月 日
		長男嫁	大・昭・平 △年 △月 △日(△△歳)
住 所	〒(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地の〇 TEL △△△△-△△-△△△△△		

4 その他の家族の状況(同居者のみ)

氏 名	生 年 月 日	続 柄	備 考
	大・昭・平 年 月 日		
	平 年 月 日		
	平 年 月 日		
	平 年 月 日		

申込者の御兄弟や同居しているご家族様の状況等を分かるようでしたらご記入下さい。居住場所も分かるようでしたら備考欄にご記入下さい。

5 介護者(家族等)の状況 ※主たる介護者の状況で、該当する番号に○をつけ、必要事項を記入して下さい

1.一人暮らしで身寄りも介護者も全くいない
2.主たる介護者が遠方にいるため日常的に介護をすることが困難 (移動時間：往復 △時間以上 介護に要する時間： △時間以上)
3.主たる介護者が病気で長期間入院中のため介護ができない (病名：〇〇〇〇 入院先：〇〇〇〇病院)
4.主たる介護者が高齢者で介護が困難(年齢： 歳)
5.主たる介護者が要介護状態、病気療養中または障害を有することにより介護が困難 (要介護状態：要介護○) (病気療養中：〇〇〇で自宅療養中) (障害の等級等：〇〇障害 〇〇手帳△級)(介護が困難な状況：)
6.主たる介護者が育児中のため介護が困難(小学生未満の幼児、乳幼児の状況： △人 △歳から △△歳)
7.主たる介護者が複数人を介護しているため介護が困難 (入所申込者以外の介護の状況：本人の夫も要介護△であり、自宅で介護をしている)
8.主たる介護者の家族が特定の疾病により長期療養中のため介護が困難(家族の病名等：)
9.主たる介護者が就業しているため介護が困難 (職業：〇〇〇〇 1週間の就労時間： △△時間/週 夜勤：あり なし)
10.上記以外の理由だが介護が困難 (介護が困難な状況：)

6 その他事項(家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください)

本人の現病・既往歴、家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。

例)アルツハイマー型認知症を〇〇年の時に診断された。夜、何度も起きたり、動き回ったりしてみたいられない。年金が〇〇円であり、今の施設(病院)の料金を家族が負担をしている。

※入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください。