



介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない							
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している   【就労時間                      時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である							
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】							
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                      【頻度】                      時間/週 【具体的な状況】							
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】							
家族等の状況	主たる介護者	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間	
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 【申込み済の施設数】                      件 (施設名:                      ) 【申込み予定の施設数】                      件 (施設名:                      )							
	部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(従来型) <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型) <input type="checkbox"/> どちらでもよい							

- 本入所申込書・状況申立書の内容を松戸市へ提供することに同意します。
- 本入所申込書・状況申立書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 印

申込者氏名 印



介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない							
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している 【就労時間                      時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である							
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】							
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                      【頻度】                      時間/週 【具体的な状況】							
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】  <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>要介護1・2の方が入所申込みをする場合は 「居宅において日常生活を営むことが困難な理由」 をこの欄に記載してください。</b></p> </div>							
家族等の状況	家族・近隣者等	<input type="checkbox"/>	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定							
		<input type="checkbox"/> 申込み済の施設数】                      件 (施設名:                      ) <input type="checkbox"/> 施設数】                      件 (施設名:                      )							
		<input type="checkbox"/> 個室(従来型) <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型)							

主たる介護者に  
チェックしてください

別居の場合に記入  
してください

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

内容を松戸市へ提供することに同意します。  
 査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確