



入 所 希 望 者 の 状 況	
入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和      年      月頃までに入所したい
その他入 所に関して 特に希望 する事項  (サービス 内容等)	

特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。（該当する項目に印をつけてください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</li> <li><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。</li> <li><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。</li> <li><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同 意 書	
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p>	
<p>令和      年      月      日</p>	
入所申込者 氏名:	印
入所希望者 氏名:	印

※ 被保険者証(写)を添付してください。