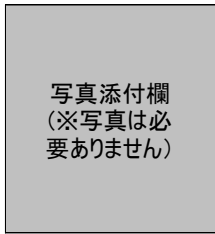


指定介護老人福祉施設 入居申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日



〒	:	-	
住所:			
氏名:	(印)	続柄	
電話:	()	

**特別養護老人ホームに入居したいので
次のとおり申し込みます。**

	申し込み先 (入居希望施設に○印) (ﾌﾘｶﾞﾅ)	特別養護老人ホーム (やすらぎ荘・望海荘・はる・朝里温泉・地域密着型)	保険者 市・町・村・特別区()	
入居希望者の状況	氏名	(印)	性別	
	生年月日	年 月 日 () 歳	被保険者番号	
	現住所	〒 -	要介護度	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している		
	介護者等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ｱ. ｲ・ｳ以外の世帯 <input type="checkbox"/> ｲ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ｳ. 独居	
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> ｱ. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> ｲ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ｳ. 介護者はいない	
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ｱ. 60歳未満 <input type="checkbox"/> ｲ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ｳ. 75歳以上(介護者はいない)	
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> ｱ. 健康である <input type="checkbox"/> ｲ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ｳ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)	
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ｱ. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> ｲ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ｳ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ｱ. 良好 <input type="checkbox"/> ｲ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ｳ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)		
生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ｱ. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間 <input type="checkbox"/> ｲ. 制限なし <input type="checkbox"/> ｳ. 6～12ヵ月 <input type="checkbox"/> ｴ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> ｵ. 自宅等		
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ｱ. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> ｲ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ｳ. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> ｴ. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> ｵ. 限度額の80%以上		
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ｱ. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> ｲ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ｳ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> ｴ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> ｵ. ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ｱ. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> ｲ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ｳ. 第3段階 <input type="checkbox"/> ｴ. 第2段階 <input type="checkbox"/> ｵ. 第1段階		
	住居	<input type="checkbox"/> ｱ. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> ｲ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ｳ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> ｴ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> ｵ. 帰る住まいがない		
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までに入居したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】			
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、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 () ()			
主たる介護者	氏名		本人との関係	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)	生年月日	
	意見	【介護をしている上で困っていること等】		
居宅介護支援事業所など	電話番号 _____ 担当ケアマネジャー名 _____			