

社会福祉法人 特別養護老人ホーム 外ヶ浜荘 入居申込書

申込者(連絡先)

申込書	
受付日	

住所	〒 -	
氏名		続柄
電話		

特別養護老人ホームに入居したいので次の通り申し込みます。

フリガナ		性別	保険者	
氏名			被保険者番号	
			要介護度	
生年月日	年 月 日(歳)	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
現住所	〒 -			
現在いらっしゃる場所	<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"/> 特養等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: _____ 年 月から入所・入院している			
入居希望理由	※該当するもの全て☑印を記入して下さい <input type="checkbox"/> 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきり等により、食事、排泄、入浴等の日常生活全般に介護が必要 <input type="checkbox"/> 認知症等により、常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 介護者がいない、又は介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 利用した在宅サービスが十分でない <input type="checkbox"/> その他の理由(具体的に記入ください)			
介護者の状況	主介護者	氏名		本人との続柄
		生年月日	年 月 日(歳)	
		同居/別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況: _____)	
		介護者の就労状況	勤務先: _____	
	介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護は困難である <input type="checkbox"/> 多少介護は可能である <input type="checkbox"/> 介護は可能である		
	副介護者	氏名		本人との続柄
		生年月日	年 月 日(歳)	
		同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況: _____)	
介護者の就労状況		勤務先: _____		
介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護は困難である <input type="checkbox"/> 多少介護は可能である <input type="checkbox"/> 介護は可能である			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> _____ 年 月 日頃までに入居したい			
経済状態 (年金の種類)	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他() 月額 _____ 円	<input type="checkbox"/> 公費負担医療 適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 障害者手帳 種 級		
利用 (過去・現在・予定) サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (回) () (回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回) <input type="checkbox"/> 短期入所 (回) () (回)			
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 ◇ すで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 () ()			
紹介事業所 (支援センター名)	電話番号 _____ 担当 _____			

裏面に続く

