

指定介護老人福祉施設 入所申込書

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	//
受付日	//



〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

特別養護老人ホームに入所したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		保険者 (保険証の交付元)		市(区)・町・村	
(フリガナ)		性別		被保険者番号	
氏名				要介護度	
生年月日		年 月 日 () 歳		要介護認定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
現住所		〒 —			
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. い・う以外の世帯 <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. 介護できる者はいない			
	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(介護できる者はいない)			
	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. 介護者も要介護者である(介護できる者はいない)			
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 常時できる <input type="checkbox"/> イ. できない時間帯がある <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護できる者はいない)			
	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. 最低限の関わりのみ(介護できる者はいない)			
入所希望者の状況	待機場所	<input type="checkbox"/> ア. 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> イ. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ウ. 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> エ. 一般病院等 <input type="checkbox"/> オ. 在宅			
	待機状況(待機中の場所にいられる期間)	<input type="checkbox"/> ア. 制限なし <input type="checkbox"/> イ. 6ヶ月以上1年以内 <input type="checkbox"/> ウ. 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> エ. 3カ月以内 <input type="checkbox"/> オ. 在宅生活をしているが、日常生活の維持が非常に困難			
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中 <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			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第4段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第3段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第2段階 <input type="checkbox"/> エ. 第1段階			
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活ができる住宅 <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			
入所希望時期	希望時期		頃		希望理由
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"/> 他の施設に申し込んでいる、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	(フリガナ)			性別	
	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: _____ 年 月 日)	
	意見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介事業所又は地域包括支援センター名			電話番号		担当