

特別養護老人ホーム入所申込書

NO	申込日 令和 年 月 日	受付日 令和 年 月 日
----	--------------	--------------

【介護者のご状況】

特別養護老人ホーム やすらーじゅ瑞穂 施設長 様

【本人様の状況について】

ふりがな			性別	男・女	
氏名					
生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)				
住所	〒				
介護保険情報	保険者の市区			被保険者番号	
	要介護度	1・2・3・4・5		認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
現在利用している在宅サービスの状況(※2)	1 訪問介護 (月 回 週 回)	6 通所リハ (月 回 週 回)			
	2 訪問入浴 (月 回 週 回)	7 短期入所生活介護 (月 回 週 回)			
	3 訪問看護 (月 回 週 回)	8 短期入所療養介護 (月 回 週 回)			
	4 訪問リハ (月 回 週 回)	9 福祉用具の貸与・購入 (あり・なし)			
	5 通所介護 (月 回 週 回)	10 その他 ()			
居宅介護支援事業所の利用	ケアマネージャーを 1 利用している 2 利用していない				
	事業所名			担当者名	
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族が病気で介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に入所しているが貴施設に入所したい				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
介護期間	年	ヶ月	介護保険負担限度額認定証	無・有 (段階)	

【申込者】

ふりがな			本人との関係
氏名			
住所	〒		
日中連絡の取れる連絡先	自宅	携帯	

主たる介護者 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入) <input type="checkbox"/> 無	ふりがな			性別	本人との関係
	氏名			男・女	
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (満 歳)			
	下記の該当項目にチェックを入れて下さい				
	同居・別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (右欄も記入)		住所	
	障害や疾病の状況に	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)		電話	
	育児や他の家族が病気の状況に	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能	
	複数の介護をしている状況に	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)		<input type="checkbox"/> 常時、育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日、育児・看病が必要	
	就労をしている状況に	<input type="checkbox"/> 無 (無の場合は右欄も記入)		<input type="checkbox"/> 時々、育児・看病が必要	
	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)	<input type="checkbox"/> 無 (無の場合は右欄も記入)		<input type="checkbox"/> 介護のために仕事をやめた <input type="checkbox"/> 高齢で就労できない <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満					
従たる介護者 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入) <input type="checkbox"/> 無	ふりがな			性別	本人との関係
	氏名			男・女	
	下記の該当項目にチェックを入れて下さい				
	同居・別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (右欄も記入)		住所	
介護の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)		電話		
<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能					
別居している血縁者による介護の可能性 <input type="checkbox"/> 別居している血縁者なし <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能					
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃には入所したい				
申込をしている施設	施設名:	所在地 (市区町村):			
	施設名:	所在地 (市区町村):			
	施設名:	所在地 (市区町村):			
どこで当施設をお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当施設ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> その他 ()				
私は、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 (説明は3枚目入所申し込み説明書をご一読いただくことで代えさせていただきます)					
令和 年 月 日 氏名:					