

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホームにいやま荘施設長 様

入居希望居室  
多床室  
従来型個室  
ユニット型個室

申込者  
ご本人  
ご家族  
代理人

住所	〒		
ふりがな			本人との続柄
氏名			
電話番号	( )		
携帯電話	( )		

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名				生年月日	大・昭 年 月 日			
本人の現住所	〒			電話番号	( )			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)			保険者				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	認定期間	平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
介護者の状況	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名				生年月日	年 月 日	年齢 歳	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所 )					
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)					<input type="checkbox"/> なし	
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他( )				
		<input type="checkbox"/> 働いていない( <input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他( )						
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: )					<input type="checkbox"/> なし		
指定居宅サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日							
	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
介護環境	特記事項(トイレや浴室等)							
退院・退所後の在宅生活	病院名	電話番号			入院等の時期(平・令 年 月 日)			
	施設名							
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい( <input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
特筆すべき事項(特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がIIIa以上)である						<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況							
参考事項	居室介護支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他の施設への申込		<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		※ 既に申込んでいる施設名:			
	入所時期の希望		<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい					
	行動障害		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他( )					
	健康保険種別				年金種別	約 万円/年		
	介護保険負担割合		1割・2割・3割		負担段階	認定済・未申請 1段階・2段階・3段階・基準額		

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。