

入所申込書

特別養護老人ホーム一燈園に入所したいので、下記のとおり申し込みます。

申込年月日	平成 年 月 日	受付番号		
フリガナ 氏名	性別		生年	(明治・大正・昭和)
	男・女		月日	年 月 日 (歳)
	電話番号		()	—
住所		郵便番号 (—)		
介護認定	1. 未申請	要介護度	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	2. 申請中	被保険者番号		保険者
	3. 申請済	有効期間	年 月 日 ~	年 月 日迄
現在の 状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中 <input type="checkbox"/> 介護・医療療養型医療施設入所中 <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホーム入所中 <input type="checkbox"/> 病院入院 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	※施設名および病院名 ()			
	入所・入院時期 (年 月 から入所・入院) 所在地 ()			
	退所・退院の要請有無 無 ・ 有 (年 月 までに退所・退院)			
入所を希 する理由 (該当するものすべて印)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気のため <input type="checkbox"/> 介護者の就労のため <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きいため <input type="checkbox"/> 病院・施設から退所を求められているが在宅での介護ができないため <input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 主な病気・既往歴など <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他		
		フリガナ		
		氏名		
申込者及 び主たる 介護者	続柄	連絡先		
	(歳)	自宅 ()	—	
		携帯 ()	—	
	住所 〒 (—)			
同居の有・無 (主たる介護者)				
入所希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所 <input type="checkbox"/> (年 月) まで <input type="checkbox"/> 順番がき次第 <input type="checkbox"/> いずれ入所したい			
介護者の意見 (認知症の状況や介護の困難な状況などをご記入下さい)				
他の施設の申込状況 () ・ () ・ ()				
居宅介護 援事業者	事業者名 担当CM	電話 番号	()	—
「個人情報提供同意書」 この度の申込にあたり、この申込書の内容について行政機関および各介護保険施設などからの要請による情報提供に同意します。				
平成 年 月 日 氏名 印 (続柄)				
※介護保険被保険者証の写し、直近3ヶ月分の居宅サービス利用票を添付して下さい。				
施設記入欄	受付担当者	備考		