

特別養護老人ホーム大仙園 入所申込書

提出日 令和 年 月 日

受付担当者:

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申請者	フリガナ 氏名	続柄
	住所 〒	電話 ()
		携帯 ()
施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・病院・担当ケアマネージャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。		
令和 年 月 日 氏名 (印)		

【 入所申込者の状況 】

フリガナ		性別	保険者	
お名前		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年齢	要介護状態	1・2・3・4・5
	年 月 日	才	要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
ご住所	〒			ご自宅電話番号 ()
状況	<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"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) 施設名・病院名: 入所入院時期: 年 月頃から 所在地: 入院の場合は病名:			
住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居のトイレ、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他			
※ 特例入所 の理由	【要介護1・2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害、単身世帯・同居家族が高齢等により施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)			
入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい			
医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
特養申請 状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(施設名:)			

【 身元引受者 】

フリガナ お名前	続柄
	性別 男 ・ 女
ご住所 〒	年齢 才
	連絡先 ()

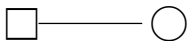
【 その他の家族状況 】

番号

お名前	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 TEL: <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外)	
お名前	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 TEL: <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外)	
お名前	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 TEL: <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外)	
お名前	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 TEL: <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外)	

【自由記載欄】 ※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)

担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所名	担当者名
--	------	------

施設記入欄 希望部屋【ユニット型 ・ 従来型個室 ・ 多床室】 年金額【1ヶ月 万円】	家族構成 
介護保険負担割合証【 1 ・ 2 】 介護保険負担限度額認定証【 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 】 医療保険【 後期高齢者 ・ 国民健康保険 】 被爆者手帳【 有 ・ 無 】 重度心身障害者受給者証【 有 ・ 無 】 療育手帳【 有 ・ 無 】 その他【特定医療費受給者証 ・ ペースメーカー手帳 ・ 毒ガス】	郵送先 身受け人 ・ 身受け人以外 <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; width: 100%;"></div>