

指定介護老人福祉施設 入居申込書

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居したいので
次のとおり申し込みます。**

入居希望者の状況	申し込み先 (入居希望施設)		JA北海道厚生連小清水町特別養護老人ホーム愛寿苑		保険者			
	(フリガナ)				性別			
	氏名				女性		被保険者番号	
	生年月日		明治 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. イウ以外の世帯 イ. 高齢者夫婦世帯 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 イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない 介護者の年齢 <input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 イ. 60~74歳 ウ. 75歳以上(介護者はいない) 介護者の健康 <input type="checkbox"/> ア. 健康である イ. 健康に不安を抱えている ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない) 介護可能時間 <input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 イ. 一部不在になる時間有 ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない) 要介護者との関係 <input type="checkbox"/> ア. 良好 イ. 介護は行っているが疲労感が強い ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)					
	生活・経済状況		待機状況 <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない < 入所中で退所の働きかけがある = 入所可能期間 (イ. 制限なし ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) オ. 自宅等 在宅サービス利用率 <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 イ. 限度額の40%未満 ウ. 限度額の40%~60%未満 エ. 限度額の60%~80%未満 オ. 限度額の80%以上 在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 イ. 十分サービスを利用している ウ. まあまサービスを利用している エ. 一部サービスを抑制している オ. ほとんどサービスを抑制している 保険料の段階 <input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 イ. 第4段階 ウ. 第3段階 エ. 第2段階 オ. 第1段階 住居 <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 イ. 快適な生活のできる住宅 ウ. 一部居住性に問題がある エ. かなり居住性に問題がある オ. 帰る住まいがない					
	入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい // 頃までに入居したい					
	医療の状況		<input type="checkbox"/> 経管栄養 胃ろう 在宅酸素 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 他の施設申し込んでいる、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				男性		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: _____)		生年月日		大正 年 月 日
意見		【介護をしている上で困っていること等】						
紹介居宅介護支援事業所など		電話番号 _____ 担当 _____						