

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所したいので
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		特別養護老人ホーム摩周		保 険 者			
入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	被保険者番号			
	氏 名			要介護度			
	生年月日	() 歳	要介護 認定期間	から まで			
	現 住 所	〒 —					
	現 況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 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	☐ 7.イ・ウ以外の世帯 ☐ 8.高齢者夫婦世帯 ☐ 9.独居				
	介護者の有無	☐ 7.主たる介護者以外に必要時に協力者有り ☐ 8.介護者は一人のみ ☐ 9.介護者はいない					
	介護者の年齢	☐ 7.60歳未満 ☐ 8.60～74歳 ☐ 9.75歳以上(介護者はいない)					
	介護者の健康	☐ 7.健康である ☐ 8.健康に不安を抱えている ☐ 9.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	☐ 7.十分に介護に当たる時間有 ☐ 8.一部不在になる時間有 ☐ 9.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	☐ 7.良好 ☐ 8.介護は行っているが疲労感が強い ☐ 9.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	☐ 7.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 ☐ 8.制限なし ☐ 9.6～12ヵ月 ☐ 10.6ヵ月未満 ☐ 11.自宅等					
	在宅サービス 利 用 率	☐ 7.施設・病院等に入所(院)中 ☐ 8.限度額の40%未満 ☐ 9.限度額の40%～60%未満 ☐ 10.限度額の60%～80%未満 ☐ 11.限度額の80%以上					
	在宅サービス 利 用 状 況	☐ 7.施設・病院等に入所(院)中 ☐ 8.十分サービスを利用している ☐ 9.まあまあサービスを利用している ☐ 10.一部サービスを抑制している ☐ 11.ほとんどサービスを抑制している					
	保険料の段階	☐ 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	☐ 7.施設・病院等に入所(院)中 ☐ 8.快適な生活のできる住宅 ☐ 9.一部居住性に問題がある ☐ 10.かなり居住性に問題がある ☐ 11.帰る住まいがない					
	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 頃までに入所したい					
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ 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	☐ 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	本人との関係		
氏 名				生 年 月 日	年 月 日		
同居の区分		☐ 同居している ☐ 別居している (住所:					
意 見		【介護をしている上で困っていること等】					
紹介事業所 (又は支援センター名)		電話番号 — — 担当					