

特別養護老人ホーム 入所申込書

平成 年 月 日

申込者（連絡先） ※今後、郵便物などは下記の連絡先にお送りさせていただきます。

住所：〒
氏名：
電話：

様

フリガナ				生年月日：			
氏名			男・女	認知症 高齢者自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
現住所	郵便番号	—	電話番号				
被保険者番号				保険者名			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<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	年 月 日	～	年 月 日			
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称			担当者			
	TEL						
健康保険	種類						
年金の種類							
現況及び 医療状況	<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"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称		）入所日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> [現在療養中の病名]						
入所を希望 する理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らしで在宅での生活が困難						
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、在宅での生活は困難						
	<input type="checkbox"/> 単身であり、在宅での生活は一部困難						
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが、在宅での生活は一部困難						
	<input type="checkbox"/> 要介護度1・2だが、特例入所の要件に該当						
介護保険での 在宅サービス 利用率	月分	利用単位数	(内短期入所単位数)				
	月分	利用単位数	(内短期入所単位数)				
	月分	利用単位数	(内短期入所単位数)				
主たる介護者 の状況	氏名			男・女	本人との関係		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所：）					
	意見	(介護をしているうえで困っていること等)					
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	備考		
同意書	私は、特別養護老人ホームに入所申込みをするにあたり、施設内入所判定委員会での検討のため、保険者又は居宅介護支援事業所から必要事項の確認をすることに同意します。また要介護認定の介護度が1・2の場合、市町村の関与のもと、身体状況等の調査書を作成し、北アルプス広域連合老人ホーム等入所判定委員会において特例入所の必要性について調査審議することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 (印) (続柄)						