

特別養護老人ホーム一宮の里 入居申込書

申込者連絡先	氏名:	続柄:	施設記入欄	受付日:	年	月	日	
	〒			受付番号:				
	住所:			担当者:				
	電話番号:			備考:				

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者番号:					
	本人氏名		男 ・ 女	被保険者番号					
	生年月日		明・大正・昭和	年	月	日	(満 歳)		
	要介護認定期間	年	月	日から	要介護度	1・2・3・4・5	年	月	日まで
	自宅住所	〒			電話番号				
	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院								
	施設・病院の名称			所在地	〒				
	入所又は入院期間	年	月	日から	電話番号				
	入所理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を越えており、経済負担が大きい <input type="checkbox"/> その他()							
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知低下により理解困難							
	医療状況	経管栄養 胃ろう 在宅酸素 インシュリン注射 尿管カテーテル その他 持病及び既往歴 ()							
	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー							
	優先入居の希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない							
	主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係				
氏名			男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
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:)							
意見		【介護をしているうえで困っていること等】							

この申し込みの内容については、介護老人福祉施設の入居希望者情報として、介護保険の保険者(市・町)に対して提供することに同意します。

被保険者

㊟