

申込者(連絡先) 今後、入所に係るご案内等はこちらの連絡先へ取らせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒:	—			
住所:				
氏名:				
電話:	( )	携帯	( )	

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。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	性別	保険者及び 保険者番号	都道府県 市区町村							
	(フリガナ)	性別	被保険者 番号								
	氏名	男・女	要介護度	1・2・3・4・5							
	生年月日	明・大・昭 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"/> 自宅で家族等と暮らしている <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」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地( _____ 市・区・町・村) ◇入所又は入院時期: 平成 年 月から入所・入院している									
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを 選んで下さい)	<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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <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"/> その他( _____ )									
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい									
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 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】									
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇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	男・女	生年月日	明・大・昭・平	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】										

※添付書類(介護保険被保険者証の写し、要介護認定調査票の写し、直近3ヶ月分のサービス利用票の写し)