

入所申込書

特別養護老人ホーム ほうゆうの里 殿
 特別養護老人ホーム ほうゆうの里(従来型) 殿

2様式-1

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申込日	令和	年	月	日
*受付日	令和	年	月	日

ふりがな 氏名	入所される方	男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日生 (歳)					
ふりがな 住所	〒 ー			TEL	()				
				携帯	()				
				FAX	()				
申込者 連絡先	ふりがな 氏名	続柄		TEL	()				
	住所	〒 ー			携帯	()			
介護保険被保険者番号								保険者	市・区・町・村
要介護度	1・2・3・4・5			年金等	年金(月額		万円)	生保	
要介護 認定期間	令和 年 月 日から			介護保険負担限度額認定証		あり なし			
	令和 年 月 日まで			障害者手帳	あり(級・精神) なし				
健康保険	後期高齢、国保(本・扶)、社保(本・扶)、共済(本・扶)			特定疾患医療受給者証		あり なし			
入所希望者の 状況	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) 1. 入所申し込みができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、 次の2欄も回答して下さい) <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"/> 住居環境の事情により、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()								
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の 困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の 困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である								
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい								
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <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」は記入して下さい ◇施設名または病院名: ◇所在地(市区名のみ) ◇入所または入院期間: 令和 年 月から入所・入院している								
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】 現病 既往症								
申込	<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()()()								

介護の状況

様式2-2

主となる家族の方

□にチェックをしてください

ふりがな 氏名	男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生	続柄
			(歳)			
ふりがな 住所	〒		-		TEL ()	
					携帯 ()	
				FAX ()		
介護者の 状況	現状	□介護可能		夫 — 本人 ├── ├── └── 次長長 男女男	入所者家族構成	
		□多少介護困難 理由:				
		□介護困難 理由:				
	健康状態	□良好 □不良 理由:				
介護期間	令 年 月 日~(年 ヶ月)		● 死亡(女性) ■ 死亡(男性) 記載例			

協力している家族の方

ふりがな 氏名	男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生	続柄
			(歳)			
ふりがな 住所	〒		-		TEL ()	
					携帯 ()	
				FAX ()		
介護者の 状況	現状	□介護可能				
		□多少介護困難 理由:				
		□介護困難 理由:				
	健康状態	□良好 □不良 理由:				
介護期間	令 年 月 日~(年 ヶ月)					

* ご本人が現在、特養以外の施設・病院に入所・入院している場合は、入所入院まえの状況を記入してください

入所希望理由
