

- 特別養護老人ホーム 春の苑
- 特別養護老人ホーム 月の船
- 特別養護老人ホーム 季の花
- 特別養護老人ホーム 花のいろ
- 特別養護老人ホーム時の花(令和6年6月オープン)

入所申込書

申込日 令和 年 月 日

施設記入欄	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	
	担当者	

申込者連絡先	(フリガナ) 氏名:	続柄	電話番号 <日中連絡のとれる番号をご記入下さい>
	〒		
	住所:		

☎ 今後、郵便物などはこちらの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)							
	氏名		男 女	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)		要介護度	1・2・3・4・5						
	自宅住所	〒		認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
		☎ ()		居宅介護支援 事業所名							
				担当 ケアマネジャー							
	現在の居所	<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"/> 他の施設や病院に入っている									
	* 自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称		所在地	〒 -						
		入所又は入所期間		平成 年 月 から (年 ヶ月)	電話番号	()					
	被保険者情報	・医療保険: <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 特定疾病 ・年金: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級)									
経済状況	・本人の収入: 月額 円 ・家族の経済的援助: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 必要な時は有 <input type="checkbox"/> 無										
入所申込理由	<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、(昼間独居となり常時の)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超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()										
申込日前月に利用中のサービス(月分)	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無										
	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月					
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月					
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月					
	短期入所療養介護	日/月									

