

申込日 令和 年 月 日

(様式1)

入居申込書

介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム  
うららか春陽荘 様

申込者 氏名  
住 所  
氏 名  
電 話  
携帯電話

印 (入所希望者との関係)

入居希望者の状況	ふりがな			明治	年	月	日
	氏 名	男	生年月日	大正	年	月	日
		女		昭和		満	歳
	住 所	〒 -		電話番号 -			
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5					
	被保険者番号	保険者(市町村)					
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 認定されていない <input type="checkbox"/> 認定されている(食費負担限度額 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 300円 )					
収入状況	年金等	(種別) (支給年額) <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有・無					
	現 況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自宅 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上にサービスを利用している <input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している(病院・施設名 )					
医療・介護	主治医	医療機関名 主治医氏名					
	担当ケアマネジャー(在宅)	事業所 担当者名					
身元引受人	ふりがな	希望者との関係	生年月日				
	氏 名		大正	年	月	日	
			昭和				
	住 所	〒 -					
連絡先	電話番号	(自宅) (携帯)					
		(勤務先)					
入居希望の時期及び理由	ふりがな	希望者との関係	生年月日				
	氏 名		大正	年	月	日	
			昭和				
	住 所	〒 -					
入居希望の時期及び理由	電話番号	(自宅) (携帯)					
		(勤務先)					
	<input type="checkbox"/> すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に入居したい(時期 頃) <input type="checkbox"/> 他施設入居申込みをしている <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、諸般の都合で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 (						
	※該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい 上記に関する具体的な状況(経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)						