

社会福祉法人 慈徳会 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

受付番号	
------	--

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致します。

注)申し込みの際は、入所調査票、入所手順説明書、認定調査票(写し)、被保険者証(写し)、負担限度額認定証(写し)を添えて下さい。

申し込み先 (入所希望施設)		さくら園 ・ さくら橋 ・ さくらの郷		保険者	
基本 情 報	フリガナ			性別	被保険者 番号
	氏名			男 ・ 女	限度額段階 生活保護 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認知症 高齢者自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
	生年月日	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	〒 -			
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ その他( )			

家族等 連絡先 ・ 入所希望者の 状況	ふりがな		性別	続柄	生年月日												
	氏名		男・女		大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 ( ) 歳												
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居 (※別居の場合は下記にご記入下さい)		連絡先の 電話番号	自宅： 携帯：												
	家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯( )															
	主介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 就労している ・ <input type="checkbox"/> 疾病等がある ・ <input type="checkbox"/> 複数の人を介護している ・ <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者がある <input type="checkbox"/> 要介護者である ・ <input type="checkbox"/> 介護者がいない ・ <input type="checkbox"/> その他( )															
	在宅サービス 利用	<input type="checkbox"/> デイサービス ・ <input type="checkbox"/> ショートステイ ・ <input type="checkbox"/> 訪問介護 ・ <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 入院または入居されている場所等( )															
	在宅サービス 利用率	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>3ヶ月前</td> <td>2ヶ月前</td> <td>1ヶ月前</td> </tr> <tr> <td>要介護度</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用単位数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前	要介護度				利用単位数				介護保険居宅サービス利用 単位数の直近3ヶ月の平均
		3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前													
要介護度																	
利用単位数																	
申し込み 状況	※ すでに申し込まれている施設があれば記入をお願いします																
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室希望(さくら園・さくら橋のみ) ・ <input type="checkbox"/> 2人部屋希望 ・ <input type="checkbox"/> 4人部屋希望 ・ <input type="checkbox"/> どちらでもよい																

申し 込 み 理 由	※ 必ず記入をお願いします。 例)ご家族の介護状況や、病院(施設)から退院(退所)を求められている、経済的負担が大きい等	
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 今後の為の申し込み ( 年 月頃まで)
備考:		