

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください。)

※□欄は、該当するものにチェックしてください。

指定介護老人福祉施設入居申込書

入居を希望する方	フリガナ			保険者名								
	氏名			被保険者番号								
	生年月日	大正・昭和	年	月	日()歳	性別(男・女)						
	現住所	(郵便番号 -)			電話番号(- -)							
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている											
	<申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)											
	<認定有効期間> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで											
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請)												
<input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請)												
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない												
<input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)												
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし)								<input type="checkbox"/> 同居家族がいる	
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため											
[該当するものはすべて選んでください。]	<input type="checkbox"/> 介護するものが「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"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。											
	<input type="checkbox"/> 現在、入院及び入所施設より退院又は退所を求められているため。											
特別養護老人ホームえさし荘 殿												
貴施設に入居を希望するため、申し込みます。												
また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報を受けることに同意いたします。												
令和 年 月 日												
(申込者) 住所 _____												
氏名 _____ (続柄) _____												

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話: - -
(郵便番号) -		
住所:		

◎入居希望者の状況

入居希望者の状況	現在の生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 [<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所 事業所名 : _____ ・ 住 所 : _____ ・ 電話番号 : _____ ・ 担当介護支援専門員(ケアマネジャー) 氏名 : _____]	
	現在の生活の場所	<input type="checkbox"/> 病院または施設 [<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院又は入居施設名 : _____ ・ 所 在 地 : _____ ・ 電 話 番 号 : _____ ・ F A X : _____ ・ 入院・入所した時期 : 令和 年 月 ~]	
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす症状はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<ul style="list-style-type: none"> ・ <input checked="" type="checkbox"/>ある を選択をした場合は具体的症状を記載して下さい]	
	備考	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]	
医療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() <現在療養中の病気・特記事項等>		
主治医	(病 院 名) (医 師 名) (住 所) (電話番号) _____		
経済状況	課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	
経済状況	所得の状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他	
経済状況	所得の区分	<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上	
経済状況		<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円未満	
経済状況		<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者若しくは生活保護受給者 ※障害年金・遺族年金は非課税年金となり、課税年金収入額に含まれません。	

○これまでの生活歴

年月 (又は年齢)	出来事
	(出身地) にて(兄弟姉妹) 男 女の として出生

※学歴や職歴、結婚歴、子供の有無、その他ご本人にかかわる出来事をなるべく詳しく記載してください。

趣味 ・ 嗜好等 ・ その他	
----------------------------	--

◎介護者・家族等の状況

	続柄	氏名	年齢	入居 希望者と	住所	電話	備考
家族構成				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			