

地域密着型特別養護老人ホーム 千歳ふくろうの園 入居申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日 平成 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム 千歳ふくろうの園に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	保険者											
	氏名		男・女	被保険者番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		要介護度	要介護	1	2	3	4	5					
	現住所	〒 ————— 電話 ()													
	現況	<input type="checkbox"/> ア. 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> イ. 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ. 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 ◇施設名又は病院名： ◇所在地(市区町村名のみ) ◇入居又は入院期間：平成 年 月 日から入居・入院している													
	家族等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居												
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ. 介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない												
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)												
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)												
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分介護にあたる時間がある <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)												
生活・経済状況	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行なっているが疲労感強い <input type="checkbox"/> ウ. 最低限のかかわりのみ(介護者はいない)													
	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入居(院)中で退去(院)の働きかけがない ※施設・病院等に入居(院)中で退去(院)の働きかけがある場合の入居(院)継続可能時間 <input type="checkbox"/> イ.制限なし <input type="checkbox"/> ウ.6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ.6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等													
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入居(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40% <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上													
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入居中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービス利用を抑制している <input type="checkbox"/> オ. かなりサービス利用を抑制している													
保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階														
住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入居中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活ができる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない														

裏面も忘れずにご記入ください

上半身の顔写真
(3ヶ月以内)

入居希望者の状況	受給年金	年金	年額	円	
		年金	年額	円	
		その他	年額	円	
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃まで入居したい			
	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()			
他施設 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設も申込み予定				
	◇既に申込んでいる他の施設名()()				
	◇今後申込み予定の施設名 ()()				
その他					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)			
	意見	【 介護をしているうえで困っていること等 】			
紹介事業所	郵便番号: 〒 — 住 所: 事業所名: 電話番号: 担 当:				