

指定介護老人福祉施設「ばんなぐろ」 地域密着型介護老人福祉施設「ほとり」 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	/ /
受付日	/ /



〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

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ます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム ばんなぐろ 特別養護老人ホーム ほとり(多床室・ユニット)	保険者 (保険証の交付元)	市(区)・町・村
(フリガナ)		性別	
氏名		被保険者番号	
生年月日	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	〒 —		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 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」は記入してください ◇施設名又は病院名: ◇所在地(市町村名のみ) ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している		
介護者等の 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有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護できる者はいない	
	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(介護できる者はいない)	
	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. 介護者も要介護者である(介護できる者はいない)	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 常時できる <input type="checkbox"/> イ. できない時間帯がある <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護できる者はいない)	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 最低限の関わりのみ(介護できる者はいない)	
入所希望者の 生活・経済 状況	待機場所	<input type="checkbox"/> ア. 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> イ. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ウ. 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> エ. 一般病院等 <input type="checkbox"/> オ. 在宅	
	待機状況(待機中の場所にいられる期間)	<input type="checkbox"/> ア. 制限なし <input type="checkbox"/> イ. 6ヶ月以上1年以内 <input type="checkbox"/> ウ. 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> エ. 3カ月以内 <input type="checkbox"/> オ. 在宅生活をしているが、日常生活の維持が非常に困難	
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <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	
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第4段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第3段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第2段階 <input type="checkbox"/> エ. 第1段階	
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中 <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	
入所希望時期	希望時期	頃	希望理由
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 () 【現在治療中の病気・特記事項等】		
生活歴	・出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () ()		
主たる 介護者	(フリガナ)		性別
	氏名		本人との関係
	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: 年 月 日)
	意見	【介護をしている上で困っていること等】	
紹介事業所又は地域包括支援センター名	電話番号		担当