

特別養護老人ホームいこいの園 入所申込書

申込者連絡先 (今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

〒: _____	
住所: _____	
氏名: _____	本人との関係 _____
電話番号: _____ () _____	
携帯電話番号: _____	

特別養護老人ホームいこいの園を利用したいので、次のとおり申込みます。

◎ 入所希望者の状況				
(フリガナ)		性 別	被保険者番号	
氏 名	印	男・女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日 () 歳	要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
現住所	〒 _____			
現 状	<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"/> 施設や病院に入っている			
	◇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 _____ 年 _____ 月 に入所・入院している			
入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく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 (_____)			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月頃までに入所したい			
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 (_____) 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇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	本人との関係	
氏 名		男	生 年 月 日	
		女	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日
同居、別居の区分	<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】			

◎ 同意書	
今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。	
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	氏 名 _____ 印 _____

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。