

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム高寿園 施設長 様

申込者

- ☐ 本館 ☐ ご本人
☐ 独居 ☐ 別館 ☐ 家族
☐ どちらでも ☐ 代理人

住 所	〒	
ふりがな		本人との続柄
氏 名		
電話番号	()	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな			性 別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳
ご本人の氏名			生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒		電話番号	()		
郵便等の送付先	☐ 同上 ☐ 上記以外	住 所	〒			
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		保険者			
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ※市町村への照会: R 年 月 日 結果: ☐ 可 ☐ 不可				
	☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ その他(☐ 新規申請中 ☐ 更新申請中 ☐ 区分変更中)					
認 定 期 間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護者の状況	ふりがな		性 別	☐ 男 ☐ 女	続柄	
	氏 名		生年月日	年 月 日 年齢 歳		
	居住環境	☐ 同居 ☐ 別居(住所:)				
	疾 病	☐ あり(具体的な症状や治療の頻度:) ☐ なし				
	就 労	☐ 働いている ☐ 自営業 ☐ 会社等勤務(☐ 常勤 ☐ パート等) ☐ その他()				
	☐ 働いていない(☐ 介護に専念 ☐ 高齢 ☐ 健康不安 ☐ その他())					
複数介護	☐ 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) ☐ なし					
指定居宅介護サービス	☐ 指定居宅サービスを利用している(但し、福祉用具は除く) ☐ 利用していない					
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所 ☐ 小規模多機能施設					
	上記サービスの週当たりの利用日数 ☐ 1~2日 ☐ 3~4日 ☐ 5~7日					
住 居 環 境	住居形態	☐ 戸建住宅(☐ 平屋 ☐ 2階建て) ☐ アパート・マンション(階 / エレベーター ☐ 有 ☐ 無) ☐ 公・県営住宅				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)				
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	電話番号		入院等の時期について 令和 年 月 頃		
	退院等の 見込み	☐ 退院(所)を勧められている ☐ 退院(所)したい(☐ 病気が治った ☐ 金銭負担が重い)				
	在宅生活 困難理由					
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	☐ 認知症があり、日常生活に支障を来している		☐ 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる	
	☐ 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である				☐ 単身世帯等で家族等による支援が期待できない ☐ 上記の状態が介護者の急死等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴					
	医療的処置の状況		☐ 経管栄養 ☐ たんの吸引 ☐ 人工肛門 ☐ インスリン注射 ☐ カテーテル留置 ☐ 酸素療法 ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ その他()			
参 考 資 料	指定居宅介護 支援事業所			担 当 ケアマネジャー		
	他施設への 申込	☐ 当施設のみに申込み ☐ 他施設にも申込んでいる		☐ これから他施設にも申込み		
	※既に申込んでいる施設名:					
	入所時期の希望	☐ 今すぐにでも入所したい ☐ 1年以内に入所したい ☐ 年 月 頃 入所したい				
	健康保険種別			年金種別		
その他						

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設へ提示して下さい。

受付日 令和 年 月 日
受付者

※なお、担当者不在時は後日、当方よりご連絡をいたしますので、上記連絡先への記入も合わせてお願い致します。