

特別養護老人ホームみちみち入所申込書(様式1)

社会福祉法人 光彩会
 特別養護老人ホーム みちみち
 施設長 様
 【申込者】

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

住所	〒	本人との関係
ふりがな氏名		様
電話番号	()	
その他連絡先(※1)	(携帯) ----- (メールアドレス)	

「特別養護老人ホーム みちみち」へ入所したいので、次の通り申し込みます。

入所希望者状況	ふりがな氏名	様	男・女	電話	()
	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)		介護度(※2)	1・2・3・4・5
	住所	〒			
	現在利用している居宅サービスの状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回・週 回)		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) (月 回・週 回)	
	※入院・入所されている場合は、入院・入所前後の状況を記入してください。	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月 回・週 回)		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月 回・週 回)	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回・週 回)		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月 回・週 回)	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月 回・週 回)		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費 (品目 円)	
		<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (月 回・週 回)		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)の利用	<input type="checkbox"/> 利用している (事業所名)		<input type="checkbox"/> 利用していない (ケアマネ名)	
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない ()			
※()内に具体的な理由を記入してください	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族が病気で十分な介護が困難 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
単独生活者の場合	<input type="checkbox"/> 介護者がいる		<input type="checkbox"/> 介護者がいない		

※1 日中に連絡のとれる連絡先(職場・携帯等)と会社名・時間帯を記入してください。

※2 介護保険で「自立」もしくは「要支援1・要支援2」で認定されている方は申し込みできません。

同居の家族状況

	氏名	生年月日	本人との関係	職業
1				
2				
3				
4				
5				

別居の家族・親類状況

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
1				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
2				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
3				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
4				
住所：				

入所希望者の現在の所在地

現在の所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 <input type="checkbox"/> その他() ※ 施設・病院の場合 名称： 所在地：
--------	---

介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額： <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 無
------------------	---

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護
------	--

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害名 () 手帳種類 () 種 _____ 級 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付
-------	--

当法人施設への 申込み希望	<input type="checkbox"/> みちみち越谷へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち伊奈中央へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち伊奈北へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち大宮へ申込みを希望します。
------------------	---