

指定介護老人福祉施設 入居申込書

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	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	：
住所：	
氏名：	続柄：
電話：	

特別養護老人ホームに入居したいので
次のとおり申し込みます。

申込先	特別養護老人ホームはる	保険者	市・町・村・特別区
(フリガナ)	性別	被保険者番号	
氏名		要介護度	
生年月日	年 月 日 歳	要介護 認定期間	年 月 日から 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： 令和 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. 1・2人以外の世帯 <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な協力者あり <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. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない（介護者はいない）	
	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. 十分な介護ができておらず、最低限の関りのみ（介護者はいない）	
生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない（対処の働きかけがある場合は、次行（ ）の入所可能期間をチェック） <input type="checkbox"/> ア. 制限なし <input type="checkbox"/> イ. 6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> ウ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> エ. 自宅等	
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所（院）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	
	在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所（院）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. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している	
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所（院）中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <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	
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入居したい	
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（ ） 【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"/> 当該施設のみ申込 <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	本人との関係
	氏名		生年月日
	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】	
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター名)	電話番号 担当ケアマネージャー名：		