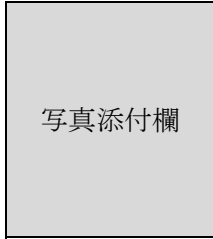


深川市特別養護老人ホーム 入居申込書

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	//
受付日	//



〒	-	
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。

申し込み先 (入居希望施設)	特別養護老人ホーム永福園		保 険 者	
(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	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			
入居希望者の状況	介 護 者 等 の 状 況	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 7. い・う以外の世帯 <input type="checkbox"/> い. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> う. 独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 7. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> い. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> う. 介護者はいない		
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 7. 60歳未満 <input type="checkbox"/> い. 60～74歳 <input type="checkbox"/> う. 75歳以上（介護者はいない）		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 7. 健康である <input type="checkbox"/> い. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> う. 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"/> 7. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> い. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> う. 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"/> 7. 良好 <input type="checkbox"/> い. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> う. 十分な介護が出来ておらず、最低限の関わりのみ（介護者はいない）		
生活・経済状況	待 機 状 況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所中で退所の働きかけがない < 入所中で退所の働きかけがある = 入所可能期間 <input type="checkbox"/> い. 制限なし <input type="checkbox"/> う. 6～12カ月 <input type="checkbox"/> え. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> お. 自宅等		
	在宅サービス 利 用 率	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> い. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> う. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> え. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> お. 限度額の80%以上		
	在宅サービス 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> い. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> う. まあままサービスを利用している <input type="checkbox"/> え. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> お. ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> 7. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> い. 第4段階 <input type="checkbox"/> う. 第3段階 <input type="checkbox"/> え. 第2段階 <input type="checkbox"/> お. 第1段階		
	住 居	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> い. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> う. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> え. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> お. 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"/> // 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"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、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： _____)		
	意 見	【介護をしている上で困っていること等】		
紹介事務所 (又は支援センター名)	電話番号			担当