

(様式例 1)

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

施設長 藤田 博明 様

受付日 年 月 日

特別養護老人ホームに入所を申込みます。

本人の状況	フリガナ		性別	申込者	フリガナ		続柄	
	氏 名		男・女		氏 名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			住 所	〒		
	住 所	〒	Tel			Tel		
	今後の連絡先	住所〒 氏名 Tel						
	身体障害者手帳等の有無 (有 ・ 無)		精神障害者手帳等の有無 有(等級: 級) ・ 無		指定医療費(指定難病)受給者証の有無 有 病名() ・ 無			
	被保険者番号							
	要 介 護 度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	現 況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 5 その他()						
	入所申込の理由 (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。 <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。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているので、十分な介護が困難。 <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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。 <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。 <input type="checkbox"/> その他()						
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 ()				【現在受診している病院・診療所名及び科名】			
他施設等申込状況	有 ・ 無	有の場合施設名をご記入ください。 1 2 3 4						
主たる介護者	フリガナ		生年月日		本人との続柄	同居の区分		
	氏 名		・			同居・別居		
	身体障害者手帳等の有無	有 ・ 無 ()	要介護認定の有無	有 ・ 無 支援1・支援2・1・2・3・4・5				
同居家族構成	氏 名	続柄	摘要	氏 名	続柄	摘要		
説明・同意	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日 申込者氏名							

