

特別養護老人ホームなのりの杜・杜2号館・里 入居申込書

※管理番号:

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホームなのりの杜・杜2号館・里 施設長 様

施設希望	御希望	申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒	
ユニット型			ふりがな		本人との続柄
従来型			氏名		
※ 盛岡市以外の方			電話(自宅)	( )	
			携帯電話		

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2   ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	年 月 日		～	年 月 日	
介護負担割合証	割	介護保険負担限度額認定証	第	段階		
介護者の状況	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名			生年月日	年 月 日	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )				
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度 )				<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他( )				
		<input type="checkbox"/> 働いていない( <input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他( )				
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: )				<input type="checkbox"/> なし	
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所					
	上記サービスの週当たりの利用日数	<input type="checkbox"/> 1～2日 <input type="checkbox"/> 3～4日 <input type="checkbox"/> 5～7日				
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	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( 年 月頃 )		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい( <input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)		
	在宅生活困難の理由					
医療的処置の状況	現病名や既往歴					
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( )				
参考事項	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み
		※既に申込んでいる施設名				
	入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃まで入居したい			生活保護	有・無
年金種別			本人の月収入額	円		

注) 介護保険の被保険者証、介護保険負担割合証(写)をご持参の上、施設に提示して下さい。