

社会福祉法人敬愛会 施設入所申込書

申込日：平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 志和荘 施設長 様

地域密着型介護老人福祉施設 悠和荘 施設長 様

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒	
	ふりがな		本人との続柄
	氏名		
	電話番号	()	

次の者が貴施設に入所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	平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢa以上)である		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
	特例入所該当理由					
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 一割負担 <input type="checkbox"/> 二割負担					
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当) <input type="checkbox"/> 未申請					
主介護者の状況	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					

