

地域密着型特別養護老人ホーム エール二之宮 入居申込書 (記入例)

エール二之宮 施設長様

入居を希望するので、下記の通り申込みます。

| | | | | |
|------|----|-----|---|---|
| 申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受付番号 | | 受付者 | | |

| | | | | | |
|-------------------|------|---------|------|---------------------------|-------------------|
| 申込者連絡先 (第一連絡先) | 氏名 | 光珠 二郎 | 自宅住所 | 〒406-0807 笛吹市御坂町二之宮1966-1 | |
| | 続柄 | 長男 | | 電話番号 : 055-261-8711 | |
| | 勤務先名 | (株)光珠商事 | | 勤務連絡先: 055-221-1111 | 携帯: 090-1234-5678 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|-----------------------|-----|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人の状況 | (フリガナ) | コウジュ タロウ | | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 光珠 太郎 | | 性別 | 男 | 保険者番号 | 1 9 2 1 1 2 | | | | | | | | | |
| | | | | 性別 | 女 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明大 昭 16年 7月 7日(満 70歳) | | | 要介護度 | 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 自宅: 055-261-8711 | | | 要介護認定有効期間 | 平成 23年 6月 30日から | | | | | | | | | | |
| | | 携帯: 090-2345-6789 | | | | 平成 24年 7月 29日まで | | | | | | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒406-0807 山梨県笛吹市御坂町二之宮1966-1 | | | 介護認定更新中の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>おおよ (凡その認定日: 年 月 日)</small> | | | | | | | | | | |
| | 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 単身で居住 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※自宅以外に居住している場合に記入 | 施設・病院の名称 | 〇〇 医院 | | | 所在地 | 〒406-0813 笛吹市御坂町二之宮7600 | | | | | | | | | |
| | | 入所又は入院期間 | 平成 23年 10月から (年 1カ月) | | | 電話番号 | 055-261-〇〇〇〇 | | | | | | | | | |
| 入居申込理由 (複数回答可) | <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住居がない又は立ち退きを求められている <input checked="" type="checkbox"/> 借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護する者が居ないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間は独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の意向 | <input type="checkbox"/> 入居を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅介護継続期間 | 年 10カ月 | 居宅サービス利用の有無 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記、利用中サービス欄に記入ください) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |
| 申込日前月に利用中のサービス (月分) | 訪問介護 | 回/月 | 訪問リハビリ | 回/月 | 訪問看護 | 回/月 | | | | | | | | | | |
| | 訪問入浴 | 回/月 | 通所介護 | 回/月 | 通所リハビリ | 回/月 | | | | | | | | | | |
| | 短期入所生活介護 | 3日/月 | 短期入所療養介護 | 日/月 | 福祉用具貸与 | 品目 | | | | | | | | | | |

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合は下記にご記入ください。