

特別養護老人ホーム『だて緑風園』 入居申込書

申込日	令和 年 月 日		特定入居の事由の有無 (※)
受付日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無

申 込 者 (連 絡 先)

ふりがな			入所対象者本人の同意の有無
氏名	(印)	続柄 (本人との関係)	<input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無
ご職業	<input type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 自由業() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
住所	〒 - -	連絡先	- -
		携帯電話	- -

※ 原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※ 「特定入居の事由の有無」欄で「有」となる場合、別紙「特例入居の要件に該当する理由について」に記入し提出をお願い致します。

本 人 (入 居 希 望 者) の 状 況

ふりがな		性 別	生年月日	年 齡
氏名		男 ・ 女	M ・ T ・ S 年 月 日	歳
現住所	〒 - -			
被保険者番号	電話 : - -	要介護度	1 2 3 4 5	認定期間
保険者名 (保険者番号)	<input type="checkbox"/> 福島市(072017) <input type="checkbox"/> 二本松市(072108) <input type="checkbox"/> 伊達市(072132) <input type="checkbox"/> 郡山市(072033) <input type="checkbox"/> いわき市(072041) <input type="checkbox"/> 南相馬市(072124) <input type="checkbox"/> 浪江町(075473) <input type="checkbox"/> 飯館村(075648) <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 • <input type="checkbox"/> 2割	限度額認定証の有無	<input type="checkbox"/> 有 (1段階・2段階・3段階) <input type="checkbox"/> 無	
担当居宅介護支援事業所	事業所の名称		担当介護支援専門員(ケアマネ)	
現 況	電話: - -			
在 宅 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 配偶者と暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> グループホームに入居している <input type="checkbox"/> 特養に入居している <input type="checkbox"/> 有料老人ホームに入居している <input type="checkbox"/> 老健・療養型施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> その他社会福祉施設に入居している (施設名又は病院: 入居・入院期間: 年 月から入居・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()			
在 宅 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <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"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有 ・ 無 購入物品 ()			
	事業者名		頻度	回/月
	事業者名		頻度	回/月
	事業者名		頻度	回/月
	事業者名		頻度	回/月
	事業者名		頻度	回/月

⇒ 裏面へ続きます。

年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金	収入状況	年額(概算)
	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金		収入内容
身体障害者手帳	有・無 第 号 級 障害名()		
療育手帳	有・無 第 号	精神障害者 保健福祉手帳	有・無 第 号 其他
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 政府管掌	公費負担医療
	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () [主治医] () [現在治療中の病名] ()		
	家族構成		
	主たる介護者の状況 氏名 _____ 続柄 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 (歳) ご職業 <input type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 自由業() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() 介護者自身の要介護認定の有無 有(要介護)・無 同居の別 <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 _____		
男性: <input type="checkbox"/> 女性: <input type="radio"/> 同居は: <input type="checkbox"/> で囲む 本人: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 死亡: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 主たる介護者: 朱書きで記号の中に「主」と記入			
身元引受人	ふりがな	性別	男・女 続柄
	氏名	生年月日	T・S・H 年 月 日
	住所	同居の別	同居・別居
	電話		
同居家族	氏名	続柄	氏名 続柄
そ親の他族	氏名	続柄	住所 電話番号
			〒 _____ 自宅:
			携帯:
			〒 _____ 自宅:
			携帯:

同意書	
特別養護老人ホーム『だて緑風園』の入居指針の説明を書面により受け、同意の上、入居申込み致します。 また、入居検討委員会における検討資料作成のため、介護支援専門員等による調査の受け入れや、保険者・居宅介護支援事業所等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。	
本人	(印)
家族(又は代理人)	(印)

※ 介護保険証の写し(コピー)を添付してください。