

指定介護老人福祉施設入居申込書 (特別養護老人ホーム)

施設名

高 坂 苑 施設長 様
入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな				性	男	生年月日			
	氏名				別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒 ー			(TEL) (FAX)					
被保険者番号					要介護度	3 4 5 (1 2)				
保険者番号					保険者名					
初回要介護認定年月日	平成 年 月 日				認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
認定審査会の意見等										

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申 込 者	住所	〒 ー			(TEL) (FAX)					
	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									
連 絡 先	住所	〒 ー			(TEL) (FAX)					
	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() ()
		() ()
	申し込み予定施設名	() ()
	() ()	

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 _____ ()
-------	--

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続柄	
	氏名		別	女	年月日	年月日 (歳)		
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (_____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療 (_____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類: _____)						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

入所希望者の所得状況	<input type="checkbox"/> 年金有 (種別: _____ 月額: 約 _____ 万) <input type="checkbox"/> 年金無
------------	--

入所希望の部屋	* 希望する部屋を選んでいただき <input type="checkbox"/> にレ印をお願いします。 <input type="checkbox"/> 従来型個室を希望 <input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
---------	---

※申込書に添えて提出する書類 ☆ <u>入所希望者の介護保険被保険者証 (写)</u>
--

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">本人</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">子</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">孫</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">兄弟姉妹</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">甥姪</div>	