

地域密着型特別養護老人ホーム かのこ・ほのか 入居申込書

社会福祉法人 来島会 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付番号		受付者		

申込者 連絡先	(第一 連絡先)	氏名			自宅住所	〒	電話番号:			
		続柄								
		勤務先名								
勤務連絡先:						携帯:				

本人 の 状 況	(フリガナ)			性別	保険者番号									
	氏 名			男 ・ 女	被保険者番号									
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)		要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
	電話番号	自宅:		要介護認定 有効期間		年 月 日から								
		携帯:				年 月 日まで								
	自宅住所	〒		介護認定 更新中の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input 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 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			所在地	〒								
		入所または入院期間		年 月 から (年 カ月)		電話番号								
	入居申込理由 (複数回答可)	<input 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 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 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"/> 入所を希望している <input 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 カ月		居宅サービス利用の有無		<input 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		日/月	短期入所療養介護		日/月	福祉用具貸与 品目								

同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャ、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。				
	令和	年	月	日	氏名 _____ (代筆者 _____)

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合には下記にご記入ください。

地域密着型特別養護老人ホーム かのこ・ほのか 入居申込書（記入例）

社会福祉法人 来島会 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
受付日	令和 年 月 日
受付番号	受付者

申込者 連絡先	（第一連絡先）	氏名	来島 花子	自宅住所	〒 794-0028 今治市北宝来町二丁目2-12		
		続柄	長女			電話番号	0898-××-××××
		勤務先名	(株)来島商事			勤務連絡先	0898-××-×××× 携帯: 090-××××-××××

本人の 状況	(フリガナ)	クルシマ タロウ	性別	男	保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	氏 名	来島 太郎	女		被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	生年月日	明 大 昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (満 ×× 歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	電話番号	自宅: 0898-××-××××	要介護認定 有効期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から		
		携帯:		令和 × 年 × 月 × 日まで		
	自宅住所	〒 794-0028 今治市北宝来町二丁目2-12	介護認定 更新中の有無	□ 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>おおよそ (凡その認定日: 年 月 日)</small>		
	現在の居所	□ 単身で居住 □ 高齢者のみの世帯 □ 家族と同居 <input checked="" 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	〒 ×××-×××× 今治市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
		入所または入院期間	令和 ○ 年 ○ 月から (○ 年 ○ 月)	電話番号	0898-××-××××	
	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 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 checked="" 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	□ 入所を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 納得している □ 迷っている □ 知らせていない □ 認知力低下により理解困難					
在宅介護 継続期間	2 年 10 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	10 回/月	通所リハビリ	回/月
	短期入所生活介護	4 日/月	短期入所療養介護	日/月	福祉用具貸与	2 品目

主たる介護者の状況

同意欄

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

2/3

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合には下記にご記入ください。