

特別養護老人ホームいいねか邸 利用申込書

特別養護老人ホームいいねか邸 様

申込日：令和 年 月 日

申込者（連絡先）

住所	〒 -
(フリガナ)氏名	(入所希望者との続柄:)
電話番号	
携帯電話	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

(フリガナ)		性別	生年月日
入所希望者氏名		男・女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	〒 -		
電話番号			
介護保険	被保険者番号		保険者名
	要介護度*	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
健康保険	(種別・記号番号)		
年金等	(種別)	(年間額)	(その他の所得年間額)
障害者手帳等	手帳の種類 _____ (障害名: _____) 判定 _____ 級(度) 交付年月日 _____ 年 月 日		
入所申込理由 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <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"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)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"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため ※ 上記以外の理由がございましたら、下記空欄にご記入ください。		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日~)		
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <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		

