

参考様式1

入所申込日	平成 年 月 日
入所申込受付日	平成 年 月 日

特別養護老人ホームあさひ園入所申込書

特別養護老人ホームあさひ園

施設長 賴藤繁夫様

入所申込者 〒 一

住所:

氏名: 印

電話: 入所希望者との続柄()

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入所希望者の状況																							
ふりがな		性別	男・女	年齢	満()歳																		
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	生																			
現住所	〒 Tel																						
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>入所(院)開始年月日</td> <td colspan="5">年 月 日から</td> </tr> </table>					名称						所在地						入所(院)開始年月日	年 月 日から				
	名称																						
	所在地																						
	入所(院)開始年月日	年 月 日から																					
保険者名		被保険者番号																					
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介護を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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"/> その他()																						

居宅介護支援事業所() ケアマネジャー()

調査項目	内 容														
生活環境 単身・同居別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>														
介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">対応状況</td> <td style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td>介護負担</td> <td> <input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない </td> </tr> </table>		対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。	介護負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない									
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。														
介護負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない														
福祉サービ ス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">介護保険の 居宅サービ ス(※)の 利用状況</th> <th rowspan="2">サービス種類</th> <th>利用頻度</th> </tr> <tr> <th>週・月()回、1回当たり()時間・日程度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月()回、1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月()回、1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用</td> </tr> </tbody> </table>		介護保険の 居宅サービ ス(※)の 利用状況	サービス種類	利用頻度	週・月()回、1回当たり()時間・日程度			週・月()回、1回当たり()時間・日程度			週・月()回、1回当たり()時間・日程度			全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用
介護保険の 居宅サービ ス(※)の 利用状況	サービス種類	利用頻度													
		週・月()回、1回当たり()時間・日程度													
		週・月()回、1回当たり()時間・日程度													
		週・月()回、1回当たり()時間・日程度													
		全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用													
医療の状況 既往歴、胃瘻 経管栄養の 有無等															
その他入所 申込みに関 しての留意 事項															

同 意 書

今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。

平成 年 月 日

入所申込者（家族） 氏名：

印

入所希望者（本人） 氏名：

印

※ 介護保険被保険者証と負担限度額認定証を添付してください。（コピー可）