F-深相-03　帳票No21

特別養護老人ホームらくえん深大寺入居申込書

ふりがな 入居申込者の氏名	様	入居希望者との関係	☐ 本人（入居を希望される方がご自分で申込を行う場合） ☐ 代理人（続柄：　　）
入居申込者の住所	〒	電話： 携帯：	FAX： eメール：
ふりがな 入居希望者の氏名	様	性別：男・女	生年月日：明・大・昭　年　月　日（満　歳）
入居希望者の住所	〒	電話： 携帯：	同居者の有無：☐ いない　☐ いる（　　）
要介護度	１・２・３・４・５	保険者（区市町村名）	介護保険被保険者番号
要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで	認定年月日	年　月　日
居住場所の状況	①現在の居住場所は　☐ 自宅　☐ 自宅以外（病院・施設等の名称：　　） →「自宅以外」を選択した方は戻る自宅が　☐ ある　☐ ない ②現在の居住場所（自宅・病院・施設等）の立ち退きを求められている　☐ はい　☐ いいえ ③住宅が介護上問題となる　☐ はい　☐ いいえ ④その他居住場所の状況（　　）		
介護の状況	①身寄り、介護する方は　☐ いる　☐ いない ②介護者を手伝う方は　☐ いる　☐ いない ③主に介護する方は　☐ 健康　☐ 病弱　☐ 病気で治療中　☐ 複数の被介護者がいる ☐ 後期高齢者である　☐ 遠方に居住している　☐ 障害がある ④主に介護する方は　☐ 働いている　☐ 働いていない ⑤その他介護者の状況（　　） 本人の状況（認知症や障害等により、日常生活で困っていること等を記載して下さい）		
入居希望者の収入の状況	☐ 国民年金　☐ 厚生年金　☐ 共済年金　☐ 遺族年金　☐ 年金基金　☐ 生活保護 年金以外の収入　☐ なし　☐ あり 介護保険負担割合証　☐１割　☐２割　☐３割 介護保険負担限度額認定証　☐ あり（　段階）　☐ なし・未申請		
医療の状況	①既往歴（　　） ②現在治療中の病気（　　） ③主治医　（病院名：　　担当医名：　　） ④現在必要としている医療的処置 ☐ 経管栄養（胃ろう・腸ろう・鼻腔）　☐ 中心静脈栄養　☐ 在宅酸素　☐ ペースメーカー ☐ 尿管カテーテル　☐ インスリン注射　☐ 吸引　☐ その他（　　）		
居宅介護支援の状況	①居宅介護支援事業所を利用していますか　☐ はい　☐ いいえ ②居宅介護支援事業所名（　　） ③居宅介護支援事業所の電話番号（　－　－　） ④担当介護支援専門員（ケアマネジャー）の氏名（　　）		

私は、貴施設がこの入居申込書に記載されている内容について保険者及び担当介護支援専門員（ケアマネジャー）、その他サービス提供事業者へ照会することに同意します。

年　月　日

入居申込者　　㊞

Copyright 社会福祉法人「寿真会」2019 All rights reserved.