

入所申込書

介護老人福祉施設に入居したいので、下記の通り申し込み致します

申し込み年月日		令和 年 月 日		受理番号	号	受付者		
本人に関する基本事項	ふりがな				明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		性別	男・女
	本人氏名							
	住所	〒			電話番号			
	介護認定	未認定・認定済み・申請中		要介護度	保険者			
					被保険者番号			
					有効期限			
	生活形態	独居・高齢者世帯・家族と同居		主たる介護者				
		入院・入院なし	退所退院要請		施設 病院名			
		介護保険施設入所中	1. 有り 2. 無し					
		病院入所中				電話番号		
入院または入所時期			平成 年 月から入所・入院している					
居宅介護支援事業所	事業所名							
	住所		〒					
	担当(ケアマネージャー)							
	電話番号							
評価基準対象サービスの提供(受給)の有無(提供サービスに○印)								
	訪問介護		訪問入浴介護		訪問看護			
	訪問リハビリテーション		通所介護		通所リハビリテーション			
	短期入所生活介護		短期入所療養介護		福祉用具貸与			
入所希望理由(該当するもの全てに○印)								
	介護者無し		介護者の就労		介護者の身体的・精神的負担大			
	介護者の高齢・障害・疾病等		居住環境		痴呆等による問題行動大			
	その他(
医療の状況	経管栄養	胃瘻	在宅酸素	インシュリン注射				
	その他(
	※経管栄養の方で十二指腸瘻・経鼻胃管の方に関しては当施設での支援は困難です。胃瘻の方は入所可能ですが入所利用者割合による人数制限があります。							

