［申込者］

|  |  |
| --- | --- |
| 〒 | 　　　―　　　　 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 | 　　　（　　　）　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 令和　　年　　月　　日 |
| 受付日 | 令和　　年　　月　　日 |

**住宅型有料老人ホーム 花実 に入所したいので、『介護保険被保険者証』､『認定調査票㊢』**

**を添えて次の通り申し込みます。**

**※かかりつけ医､又は医療機関･ケア施設等で治療･ケアを受けている方は､その機関の『診療情報提供書』､**

**『看護ｻﾏﾘｰ(入院等していた場合)』、又は『ＡＤＬ票』を同時に提出ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込先****(希望施設)** |  | **介護保険****保険者** |  |
| **入所希望者の状況** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **性別** | **介護保険****被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **希望者****氏　名** |  | **男・女** |
| **要介護度****(介・支・自)** | **(区分)** | 　1・2・3・4・5 |
| **生年月日** | 　昭・平　　年　　月　　日(　　歳) | **要介護****認定期間** | **平成･令和　　年　　月　　日から** |
| **平成･令和　　年　　月　　日まで** |
| **現住所** | **〒　　　－　　　　　　〔連絡先(電話)〕　　－　　　－** |
| **資産・****収入状況** | 差支えない範囲で　〔給与・年金〕 （月当たり　　　　　円位）　〔持家：有・無〕〔生活保護受給〕（月当たり　　　　　円位）　　　　　　　示しください |
| **現 況＊** | **□自宅で一人暮らし □自宅で家族と同居 □介護施設や病院に入所・入院** |
| **施設･病院** | ◆施設名又は病院名：(　　　　　　　　　　　)◆所在地：(　　　　　　　　　) |
| ◆入所又は入院時期：平成　　年　　月から入所・入院している |
| **入所希望理由**※該当するものを全て選ぶ | □介護する者が〔☐いない、☐自宅での介護が困難（｢高齢｣､｢障害｣､｢疾病｣等で）〕 |
| □施設や病院等から退去の要求　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **入所希望時期** | □今すぐ入所したい　□令和　　年　　月頃までにしたい |
| **医療状況** | □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インスリン注射　□その他(　　　　　　　　)　　　　　　　〔現在治療中の病気･特記事項等〕 |
| **申込状況** | □当該施設のみ申込み　　　□他の施設も申込み（予定）の施設名（　　　　　　　　　　） |
| **主たる介護者** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | 性別 | **〔本人との関係〕****[職業]　(連絡先)** | [間柄：　　][職業：　　　]電話（　　－　　－　　） |
| **氏　名** |  | 男・女 |
| **生年月日** | **昭・平　　年　　月　　日** |
| **同居区分** | □同居　　□別居(住所:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **意見要望** |  |
| **相談申込ﾙｰﾄ** | ☐家族・知人　　☐病院　　☐介護施設　　☐居宅介護支援ｾﾝﾀｰ　☐入居者紹介ｾﾝﾀｰ☐市区町村　　　☐その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 相**談申込に当たり､入所条件･料金等の了解状況** | **相談申込手段** | **☐募集ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ閲覧･受取　☐家族･知人から説明　☐関係機関から照会･･･等** |
| **入所条件･料金等の了解** | **☐条件､料金･費用等は了承　☐更に､説明を受けたい　☐その他****要望･問題点** |