

## 入 所 申 込 書

[申込者]

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	—
住所	
氏名	
電話	( )

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⑤』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』、『看護マリ(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 被保険者			
入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		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	[差支えない範囲で示してください] [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)				
	現 況*	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 介護する者が [ <input type="checkbox"/> いない、 <input type="checkbox"/> 自宅での介護が困難 (「高齢」、「障害」、「疾病」等で) ] <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去の要求 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までにしたい				
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) [現在治療中の病気・特記事項等] ( )				
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込み (予定) の施設名 ( )				
主 た る 介 護 者	フリガナ		性別	[本人との関係]	[間柄： ] [職業： ]	
	氏 名		男・女	[職業] (連絡先)	電話 ( — — )	
	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所： )				
意見要望						
相談申込ルート	<input type="checkbox"/> 家族・知人 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 入居者紹介センター <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 募集パンフレット閲覧・受取 <input type="checkbox"/> 家族・知人から説明 <input type="checkbox"/> 関係機関から照会・・・等				
	入所条件・料金 等の了解	<input type="checkbox"/> 条件、料金・費用等は了承 <input type="checkbox"/> 更に、説明を受けたい <input type="checkbox"/> その他 要望・問題点 ( )				