

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム まきの里 (ユニット型・従来型)		保険者					
	(フリガナ)		性別	被保険者番号					
	氏名		男・女	要介護度	1	2	3	4	5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					
	現住所	〒 —							
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 居宅事業所: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネ: _____ <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設名又は病院名: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 所在地(市区名のみ) _____ <input checked="" type="checkbox"/> 入所又は入院時期: _____ 年 月 から入所・入院している							
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 病院や施設等から退院、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()							
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <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"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 , <input checked="" type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () () <input checked="" type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () () ()							
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係					
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)							
意見	【介護をしているうえで困っていること等】								

