



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)		性別		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		平成 年 月 日 から 平成 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 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。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 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"/> 施設や病院等から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"/> 平成 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。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇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
	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】				