

ユニット型指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】入所申込書兼台帳

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名	統柄		施設記入欄	申込日	年月日	受付日	年月日	
	〒一				受付番号		担当者名		
	住所:				法人名				
					入所申込施設名				
	電話番号	( )							

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。

本 人 の 状 況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)						
	氏名	男女	被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 齢)	要介護度	1	2	3	4	5	
	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	認定申請予定期日	平成 年 月 日	※未申請の方は記入してください				
	自宅住所	〒一	電話番号	( )					
	現在の居所	自宅	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> その他 ( )						
		自宅以外	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院等に入っている <input type="checkbox"/> その他 ( )						
		施設・病院等の名称		所在地	〒一				
	入所又は入院期間	平成 年 月から	電話番号	( )					
入所申込理由	<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"/> 介護する者が就労していることから、(屋間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( )								
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知りせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難								
在宅介護継続期間	年 か月	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記についても記入してください) · <input type="checkbox"/> 無						
申込日前月 に利用中の サービス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月			
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月			
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月			
	短期入所療養介護	日/月	(その他に利用しているサービス等)						

人所用器械持継 □早期持継(1~3か月内) □6か月以内 □1年以上(+) □1年以上(-)		利用U211号固定支具 ■器械番号: ( ) 症状: ( )		被験者名 現住地の調査 □施設名 □開業医名 □在院中の調査名 □施設名 (特養・老健・療養型・精神) □在宅医師名 (予定看守名) ( 駐所 ) □当該施設の免申込手 □他の施設名 (他の施設名を記入する場合は、必ず申込手の欄に記入する) 申込状況 □使用申込手の欄に記入する場合は、必ず申込手の欄に記入する 年 月 日 回復構成 □回復 □開業者 □子(人) □孫(人) □その他( ) □計人 主たる被験者の名 性別 年齢 職種( ) 住所: 男・女 妻 配偶者名 妻 同居以外の扶養 □親( ) □子(人) □孫(人) □その他( ) □計人 主たる被験者の健康 □回復 □開業者 □子(人) □孫(人) □その他( ) □計人 意見等 (注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び休憩回数)など記入する(参考)。) 主たる被験者の扶養 □夫(妻) □子(人) □孫(人) □その他( ) □計人 同居以外の扶養 □親( ) □子(人) □孫(人) □その他( ) □計人 平成 年 月 日 氏名:	
<p>住所(居所)、人所用器械持継(1~3ヶ月)、保険者認定の市町村は報告する旨記入する。</p> <p>今後、指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】への入所申請者の状況を調査するため、氏名、氏名月日、 住所、誕生日を記入する。この手続書にて記載された方の個人情報を保護するため、氏名と同様に記入する。</p> <p>以下の申込手は必ず、この手続書にて記載された方の個人情報を記入する。</p> <p>①介護保険被保険者証(写し) (2)直近3か月分のうちで利用実績及び別表の(写し) (在宅一括と未利用の場合は不要です)。 ③介護保険被保険者証認定調査基本調査票(写し) ( ) 市の場合は: 調査の調査時期(記載)と同一の年月日で記入する。</p> <p>○必要に応じて申請者の状況(年齢)の変化等の考慮合併、すなはち施設へお預け下さる。</p> <p>○入所希望時期(1~3ヶ月)、人所決定時期(1~3ヶ月)、在宅介護認定調査票(写し)の提出日が異なる場合、必ずその実年記入下さい。</p>					