

指定介護老人福祉施設 **特別養護老人ホーム成島園** 入所申込書

申込日	令和 年 月 日	申込区分	ユニット型個室 ・ 多床室 ・ 両方	
申込者 フリガナ 氏名		入所希望者との関係		
住所	〒 ー			
連絡先①	自宅・携帯 勤務先(名称 )	ー	ー	連絡希望時間 時頃
連絡先②	自宅・携帯 勤務先(名称 )	ー	ー	連絡希望時間 時頃
家族代表予定者 (身元引受人)	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 氏名 (入所希望者との関係 )			
上記予定者以外の 入居後の緊急連絡先	氏名 ー ー (入所希望者との関係 )			
入所希望者の同意	有 ・ 無 ・ 不可能	他施設への申込	有 ・ 無 ・ 行う予定	

○入所希望者の状況

フリガナ 氏名 性別	男 ・ 女		生年月日(年齢)		
	T・S		年 月 日 ( )		
住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 〒 ー				
介護保険 被保険者証	番号		介護度	介護保険負担割合	
	市町村名		1・2・3・4・5・申請中	1割 ・ 2割 ・ 3割	
担当介護支援専門員	いる ・ いない		事業所名	氏名	
年金額 (年額)	本人	円	住民税	本人	課税 ・ 非課税
	配偶者	円		配偶者	課税 ・ 非課税
生活保護	無 ・ 有		負担限度額認定証	無 ・ 有 ( 1・2・3 )	
障害者手帳	無 ・ 有 ( 級 障害名: )				
住居	自宅	一人暮らし ・ 家族と同居: 人暮らし			
	施設	有料老人ホーム(介護付き・住宅型) ・ サービス付き高齢者向け住宅 グループホーム ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ その他( )			
	施設名		利用開始月	H・R 年 月	
入院中 の場合	医療機関名	入院日	H・R 年 月 日		
		退院予定日	月 日頃 ・ 未定		
介護・医療サービスの利用状況					
通所介護	週・月 回	事業所名:	訪問介護	週・月 回 事業所名:	
通所リハビリ	週・月 回	事業所名:	訪問看護	週・月 回 事業所名:	
医療デイケア	週・月 回	事業所名:	短期入所	週・月 回 事業所名:	
小規模多機能	通い:月 回 訪問:月 回 泊まり:月 回 事業所名:				
その他	訪問入浴 ・ 訪問リハビリ ・ 短期入所療養 ・ 福祉用具 ・ その他( )				

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○で囲んでください。

