

特別養護老人ホーム リバーパレス流山入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物等はこの連絡先に送付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	(関係)
電 話	- -
携 帯	- -

特別養護老人ホームに入所したいので、次の通り申し込みます。

入	フリガナ		性別	保険者	流 山 市
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	
所	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	要介護認定期間	令和	年	月	日
希	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(市町村まで) ◇ 入所又は入院時期 令和 年 月 から 入所・入院 している。			
望	入所を希	1. 入所申込み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。)			
	望する理由(該当するものを全て選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため。 <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等の理由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() 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は、病弱である等により家族等による介護が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			
状	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 ()			
	申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は申し込む予定 ※既に申し込んでいる施設名 () () () ※今後申し込む予定の施設名 () () ()			
況	年金の状況	国民年金	年額概算	円	
		厚生年金	年額概算	円	
		恩給等	年額概算	円	

フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他()
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)			<input type="checkbox"/> その他()

意見	[介護している上で困っていること等]
----	----------------------

サービスケアプラン作成時業者名	電話番号	担当ケアマネジャー
-----------------	------	-----------

入所申し込みの内容を、市へ提供することに同意します。 申込者氏名 _____