

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	平成	年	月	日
受付日	平成	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	介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	要介護認定期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで
希	現住所	〒 270 - 流山市									
	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 平成 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()									
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 () () ()									
者	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
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 _____