

(参考様式1)

特別養護老人ホーム愛光園・地域密着型特別養護老人ホーム愛光園ユニット・特別養護老人ホーム愛の里に

申 込 書

特別養護老人ホーム愛光園 施設長様
地域密着型特別養護老人ホーム愛光園ユニット 施設長様
特別養護老人ホーム愛の里に 施設長様

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所希望者の状況									
入所希望者 氏名	(フリガナ)			保 険 者					
				保険者番号					
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)				性 別	男 ・ 女			
現 住 所	〒				電話 ()				
要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)								
主たる介護者	氏 名	続柄	年齢	健康状態	就労の有無				
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
家族状況				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営				
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ※同居家族がいる場合、上記表に○印をつけて下さい <input type="checkbox"/> 入院(所)中(<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※施設名又は病院名 : _____ ※入所(院)時期: 年 月 から <input type="checkbox"/> その他 ()								
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください)								
※該当するものすべてを選んでください。	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: 20px;"> _____ </div>								

