

特別養護老人ホーム 「泰 康」 「かなで～る」「東明かなで～る」
入居申込書

申込日 令和
受付日 令和

写真添付欄
(目安:3.5cm×3cm程度)
※大きさは問いません
撮影後1年以内のもの

申込者(連絡先) 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。

〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 続柄 _____
電話 () _____
携帯電話等 () _____

特別養護老人ホームに入居したいので
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 「泰 康」 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム「東明かなで～る」 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 「かなで～る」	介護保険保険者	美唄市 その他()
フリガナ	性別	介護保険 被保険者番号	
氏 名	男・女	要介護度	未認定(未申請・申請中) 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
生年月日	明 大 昭 年 月 日 ()歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
現 住 所	〒 _____ Tel _____		
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」 は記入してください ◇ 施設名又は病院名 : _____ ◇ 所在地(市町村名のみ) ◇ 入所又は入院時期 : 昭和・平成 年 月から入所・入院している		
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア.イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ.高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ.独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア.主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ.介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ.介護者はいない	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア.60歳未満 <input type="checkbox"/> イ.60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ.75歳以上(介護者はいない)	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア.健康である <input type="checkbox"/> イ.健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ.介護者自身が要介護者である(介護者はいない)	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア.十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ.一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ.ほとんど時間が取れない(介護者はいない)	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア.良好 <input type="checkbox"/> イ.介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ.介護困難等最低限の関わりのみ(介護者はいない)	
入居希望者の 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中で退所(院)の働きかけがない <input type="checkbox"/> オ.自宅等 <input type="checkbox"/> イ～エ. 施設・病院等に入所(院)中で退所(院)の働きかけがある 入所可能期間 (<input type="checkbox"/> イ.制限なし <input type="checkbox"/> ウ.6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ.6ヶ月未満)	
	介護保険 在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ.限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ.限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上	
	介護保険 在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ.まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ.一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ.ほとんどサービスを抑制している	
	介護保険 保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア.第6段階以上 -- 本人が市町村民税課税で合計所得金額が200万円以上 <input type="checkbox"/> イ.第5段階 -- 本人が市町村民税課税で合計所得金額が200万円未満 <input type="checkbox"/> ウ.第4段階 -- 本人が市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> エ.第3・2段階 -- 世帯全員が市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> オ.第1段階 -- 生活保護受給者、老齢福祉年金の受給者で市町村民税非課税	
	年金等の状況	【受給年金等の種類及び金額(年金額又は月額)】	
	住 居	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ.一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ.かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ.帰る住まいがない	
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 日までに入居したい	
	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・特記事項等】	
	生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子ども ・その他 (差し支えない範囲でご記入ください)	
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、または今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名: () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名: () ()	
主たる 介護者	フリガナ	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)	
意見	【介護をしている上で困っていること等】		
紹介事業所	電話番号 _____		