

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

若狭ハイツ施設長 浅田利明 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

| | | |
|-----|-----------|-------------|
| 申込者 | ふりがな | 特別事項(施設が記入) |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話(市外) - | |

入所を希望する人、その状況について

各当するところは記入か 印、 にはレ印を付ける

| | | | | |
|--------|---|---|------|---------------|
| ふりがな | | 男 | 保険者 | |
| 氏名 | | 女 | 保険番号 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | 要介護度 | 1・2・3・4・5・未確定 |
| 住所 | | | | |
| 生活 | <input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・医養型・福祉施設)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院) | | | |
| 介護 | <input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) | | | |
| 医療 | <input type="checkbox"/> 経管養護 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医) | | | |
| 申込みの希望 | <input type="checkbox"/> 他の施設に申込み <input type="checkbox"/> この施設に申込み ・すでに申込み済()() ・これから申込み()() | | | |

主に介護している人について

介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

| | | | |
|------|---|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 同居別 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地内にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居 | | |
| 意見など | 介護で困っていること | | |

| | | |
|-----|---|---|
| 同意書 | 福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 | 印 |
|-----|---|---|

申込の際には、被保険者証(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表(写し)を添付してください。