

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者				
(フリガナ)	ハジメ タロウ		性別	被保険者番号
氏名	白寿 太郎		要介護度	0000123456
生年月日	明治	大正	昭和	要介護認定有効期間
	10年	1月	1日	平成30年4月1日から 平成33年3月31日まで
現住所	〒000-0000 佐世保市〇〇町〇〇番地			
◎ 入所申込者の状況				
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 checked="" type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: 〇〇病院 ◇所在地(市町名のみ): 佐世保市〇〇町 ◇入所又は入院時期: 平成30年4月から入所 入院 している			
居宅において日常生活を営むことが困難な理由	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <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が頻繁に見られる。 <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見られる。 <input checked="" 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支援が期待できず、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。			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 糖尿病			
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名(〇〇〇〇)() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () () ()			
◎ 主たる介護者				
(フリガナ)	ハジメ ハナコ		性別	本人との関係
氏名	白寿 花子		男	妻
			女	生年月日
同居、別居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)			
意見	【介護をしているうえで困っていること等】 例) 介護者も高齢で負担が大きい。他に支援してくれる人がいない。など			
◎ 同意書				
今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。 平成30年5月1日				
			入所申込者	白寿 太郎
			代理人	白寿 花子

※赤枠内を「」記入ください

※押印箇所が3箇所あります

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規	更新
申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒: 000 - 0000
住所: 佐世保市〇〇町〇〇番地

氏名: 白寿 花子	本人との関係	妻
電話番号: 0956 (〇〇) 〇〇〇〇		
携帯電話番号: 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		