

特別養護老人ホーム わとなーる桜川 入所申込書(記入例)  
(宛先)  
社会福祉法人わとなーる  
特別養護老人ホーム

申込日 令和 2 年 〇〇 月 〇〇 日

わとなーる桜川

担当者行

受付印

見本

申請者	ふりがな	ちゅうおう はなこ	
	氏名	中央 花子	
	住所	〒104-0045 中央区入船4-1-1	
	連絡先	自宅	03-1111-2222
		携帯	090-1111-2222
	入所申込者との関係	妻	
送付先	ふりがな	ちゅうおう いちろう	
	氏名	中央 一郎 (続柄: 長男)	
	住所	〒123-4567 千葉県千葉市中央区1-1-1	

入所	ふりがな	ちゅうおう たろう		生年月日	大正・昭和 〇年 3月 1日 (〇△歳)		
	氏名	中央 太郎		性別	男	連絡先	03-1111-2222
	住所	中央区 入船4-1-1				健康保険	
	要介護度	4				社保・国保・共済 後期高齢者医療・生保 その他( )	
申込	有効期間満了日	H30.4.1					
	更新・区分変更申請中の場合	申請日:	年 月 日	介護保険被保険者番号	1234567		
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	<input checked="" type="checkbox"/> いる	事業所名	〇〇〇 介護サービス		氏名	京橋 一子
者	現在介護を受けている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他( ) ※施設・病院にいる場合は下段に記入					
		※施設・病院名		〇△□苑	※入所・入院時期 平成30年 5月頃		
医療	現在受けている医療処置	1. 無					
		2. 有 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他( )					
家族欄	同居していない家族についても記入してください。	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先	
		①中央 花子	妻	70	中央区入船4-1-1	03-1111-2222	
		桜川 一子	長女	52	中央区月島5-2-2	03-3333-4444	
		②中央 一郎	長男	54	千葉県千葉市中央区1-1-1	55-6666-7777	
		中央 京子	長男の妻	50	同上	同上	
中央 次郎	弟	76	中央区日本橋4-3-3	03-8888-9999			

裏面あり

連絡する順番をつけて下さい。

同居・別居に関わらず「子」「兄弟」「姉妹」を記入して下さい。

入所申込者の状況	中央区 区民期間	<input checked="" type="radio"/> 1 30年以上 <input type="radio"/> 2 10年以上30年未満 <input type="radio"/> 3 5年以上10年未満 <input type="radio"/> 4 5年未満	他施設にも 申し込みを <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	入所申込み をする理由	<p>例) 老人保健施設へ入所していますが、退所時期が近付いています。          また、介護者が高齢であり、自宅での介護が困難です。</p> <p>※具体的に理由を記入して下さい。</p>	
病歴	<p>例) 昭和28年: 結核のため入院(〇〇療養所に1年間)</p> <p>平成30年: 脳梗塞のため入院(△△病院に3ヵ月間)</p>	認知症の状態 <small>※ケアマネジャーがいる方は、ケアマネジャーに確認の上、記入する。いない方は記入不要</small>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> M
介護環境	介護環境	1 身寄りがいない ※身寄りがいないとは、三親等以内の親族がいない場合をいう。	
		<input checked="" type="radio"/> 2 次の理由により介護が十分ではない	
		(1) <input checked="" type="checkbox"/> 70歳以上の高齢者世帯(同一建物内に70歳未満の親族が居住している場合を除く。)	
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護者であるか(要介護1以上)、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている(介護者 氏名: )	
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している(要介護者 氏名: ) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上)	
		(4) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務、自営、パート勤務)(介護者 氏名: 桜川 一子 )	
その他	※特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。 <p>例) 昼と夜が逆転している。食事を食べたことを忘れている。          ※内容を詳しく記入して下さい。</p>		

要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

同意書

私は、この申込書、要介護認定に係る調査資料等入所調整基準確認のために必要な情報を収集し、特別養護老人ホーム入所調整業務に使用することに同意します。

令和 2 年 〇〇月 〇〇日 入所申込者氏名(署名)

代筆者氏名(署名)

中央 太郎

中央 花子

自筆サインで  
記入して下さい。

社会福祉法人 わとなーる  
 特別養護老人ホーム  
 わとなーる桜川