

■ 地域密着型特別養護老人ホーム ゆうりんⅡみどりまち ■

入居申込み

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

写真貼付欄

1 申込者 「連絡先」	住所	〒		
	ふりがな			
	氏名	続柄		
	電話	自宅	—	—
		携帯	—	—

地域密着型特別養護老人ホーム
ゆうりんⅡみどりまち に入居したい
ので、次のとおり申込みします。

※今後、郵送物などは、この連絡先にお送りさせていただきます。

2	申し込み先 (入居希望施設)	地域密着型特別養護老人ホーム ゆうりんⅡみどりまち		保 険 者	
	3 入居希望者	ふりがな 氏 名	性別 男・女	被保険者番号	
生 年 月 日		明・大・昭・平 年 月 日 生	満 歳	要 介 護 度	要 介 護 1・2・3・4・5
現 住 所		〒 —	電 話	要 介 護 認 定期間	令和 年 月 日 まで
4 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 ※施設や病院などに入っている方は、次に記入して下さい。 ◇ 施設名または病院名： _____ ◇ 所在地(市町村名のみ) _____ ◇ 入所または入院時期： 平成 年 月 日 から入所・入院している。			
入居者の状況	5 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 <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)			
希望者の状況	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.介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
	6 生活・経済状況	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"/> 入所(院)中で退所(院)の働きかけがある (※ 入所(院)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) <input type="checkbox"/> オ.自宅等		
	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			
	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			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア.第4段階 <input type="checkbox"/> イ.第3段階 <input type="checkbox"/> ウ.第2段階 <input type="checkbox"/> エ.第1段階			
状況	7 入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい			
	8 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】			
	9 生活歴	【出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他の事項等】			
	10 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる 又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	11 主たる介護者	ふりがな 氏 名	性別 男・女	本人との関係	
		生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生		
	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:)			
12	紹介事業所 又は支援センター	電話番号			
		担当者			