

申込み日 年 月 日

申込者 今後、郵送物などはこの連絡先にお送
(連絡先) りさせていただきます。

〒 -
住所:

氏名 続柄

電話 携帯

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑に
入所したいので次のとおり申し込みます。

申込先 (入所希望施設)		社会福祉法人追分あけぼの会 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑		保険者		
				被保険者番号		
入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	要介護度		
	氏名		男 ・ 女	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	令和 年 月 日 まで			
	現住所	〒 -				
	現況	ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の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: 平成 年 月 日 から入所・入院している				
		介護者等の状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居		
			介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない		
	介護者の年齢		ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない			
	介護者の健康		ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない			
	介護可能時間		ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない			
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない				
生活・経済の状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない * 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満) オ 自宅等				
	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上				
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している				
	保険料の段階	ア 第5段階以上 イ 第4段階 ウ 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階				
	住居	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない				
入所希望時期		ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃までに入所したい				

医療の状況		ア 経管栄養 イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ インシュリン注射 オ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】					
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由 ※要介護1、2の方は記載してください。		該当する特例入所の要件(① ・ ② ・ ③ ・ ④) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。)					
その他		(記入者 続柄等)					
他施設申込み状況		ア 当該施設のみ申込み イ 他の施設に申し込んでいる又は今後申込む予定 * 既に申込みをしている他の施設名 () * 今後申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	年 月 日		
	同居の区分	ア 同居している イ 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】					
紹介居宅介護支援事業所 (又は在宅介護支援センター)		電話番号 () 担当					