

特別養護老人ホーム たぶのき 入居の申込書

施設長 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	続柄	電話	() -
	氏名			
	住所		今後の連絡先	() -

入居を希望する人、その状況について

※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男 女	住所	
要介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5・未認定	電話	() -
被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
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)		
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <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)		

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <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、介護保険サービスを利用して(いる・いない)(利用中のサービス)		
主に介護している人について	※介護で困っていること		
主介護者氏名		続柄	
その他			

◎ 同意書

福井県及び市町村からの要求があった場合には、この申込書の内容を報告する事に同意します。

平成 年 月 日 氏名

㊞

個人情報に関しましては、施設申込書類以外には使用いたしません。

※ ①申込の際には、介護保険証の写しを添付してください。

※ ②要介護度や連絡先の変更、申込み取り消し(移転・他の施設に入所・死亡)などがございましたら、随時ご連絡下さい。

[電話 0776-27-4140 寺木・平木・夢田 まで]