

**記入例**

特別養護老人ホームやすらぎの園 入所申込書

申込日 令和△△年△△月 △日

ふりがな	<b>おおぬま はなこ</b>	入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 (同居 <input type="checkbox"/> 別居)
申込書ご記入の方のお名前	<b>大沼 花子</b>	連絡先	△△ (△△△) △△△△ (自宅) △△ (△△△) △△△△ (携帯)

ふりがな	<b>こだいら いちろう</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	明 <input checked="" type="radio"/> 大 路	△△年△△月△△日	満△△歳
入所申込者ご本人のお名前	<b>小平 一郎</b>						

被保険者番号	1 3 0 0 0 0 0 0 0 0
--------	---------------------

住所	〒187-0000 小平市小川町△-△△△-△△	この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 (大沼 花子) 電話 △△△ (△△△) △△△△
----	--------------------------	------------------	--

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	認定有効期間	令和△△年 △月 △△日 から 令和△△年 △△月 △△日 まで
------	---	--------	-------------------------------------

現在の住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設の名称 <u>△△△病院</u> 入所・入院開始日 令和△△年 △月 △△日～ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
-------	---	--	--

同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の年齢 △△歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる ( )
----------	--

主に介護している方について (施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入下さい。)	介護をする方は <input checked="" type="checkbox"/> いる (大沼 花子 (子)) <input type="checkbox"/> いない 主に介護をされる方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるものすべてをチェックしてください <input type="checkbox"/> 高齢 ( 歳) <input type="checkbox"/> 病弱 (病名 _____ 通院治療 有・無) <input type="checkbox"/> 病気で入院中 ( 年 月～ ) <input type="checkbox"/> 障害がある (障害の程度 種 級) <input checked="" type="checkbox"/> 働いている (パート・正社員) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である (就学前) <input checked="" type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている (母 小平 みその 要介護2) 上記以外で介護者の状況について ( 神奈川県横浜市より電車で2時間かけて、週2回、現在単身生活の母みその介護と父の病院に通っている。 )
--	---

介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外 ( )
-------------	--

お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
----------	---

介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について ( 築40年以上の木造で、階段、廊下や部屋の入り口が狭く、介護が不便。玄関前が急な階段になっており、車椅子での出入りができない。住宅改修も困難。 )
------------------	--

