

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		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他
申込書ご記入の方のお名前		連絡先	() ()

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大 年 月 日	満 歳
入所申込者ご本人のお名前						

被保険者番号	
--------	--

住所	〒 -	この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 電話 ()
----	-----	------------------	--

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input 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	年 月 日 から 年 月 日 まで
------	--	--------	----------------------

現在の住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input 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 _____ 入所・入院開始日 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 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 type="checkbox"/> いる () <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 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 type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている 上記以外で介護者の状況について ()
---	---

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 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 type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input 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 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 ()
------------------	--

