

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

介護老人福祉施設 HOME TOWN コスモス

申込日 平成 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	特記事項(施設が記入)
	氏名	
	住所	
	電話 (市外)	

入所を希望する人、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			男	保険者							
氏名			女	保険番号							
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	要介護度	1	2	3	4	5	未認定
住所											
生活	<input type="radio"/> 自宅で1人暮らし					<input type="radio"/> 自宅で家族と暮らす					
	<input type="radio"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中 (施設名					時期	平成	年	月	から入所)	
	<input type="radio"/> 現在入院中(病院名					時期	平成	年	月	から入院)	
介護	<input type="radio"/> 介護する人がいない										
	<input type="radio"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難										
	<input type="radio"/> 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="radio"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から)										
	<input type="radio"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない)										
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)										
申込みの希望	<input type="radio"/> 他の施設に申込み					<input type="radio"/> この施設のみ申込み					
	・すでに申込み済() ()										
	・これから申込み() ()										

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名			続柄		
同居別	<input type="radio"/> 同居している		<input type="radio"/> 同じ敷地にいる		<input type="radio"/> 近くで別居
意見など	<input type="radio"/> 遠くで別居				
意見など	介護で困っていること				

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 印				
-----	---	--	--	--	--

※ 申込の際には、介護被保険者証の(写し)、直近3ヶ月分の居宅サービス利用票及び別表の(写し)を添付してください

