指定介護老人福祉施設　入居申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

申込者(連絡先)　今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒　：　　－		
住所　：		
氏名　：	続柄	
電話　：　　（　　）		

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先（入居希望施設）	□特別養護老人ホーム　恵望園 □地域密着型特別養護老人ホーム 恵望園 はなえにわ □地域密着型特別養護老人ホーム恵望園 心楽(ここら)	保　険　者	□ 恵庭市 □ その他市町村 （　　）

入居希望者の状況	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性別	被保険者番号
	氏　名			要介護度
	生年月日	年　月　日（　）歳		要介護認定期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
	現住所	〒　　－			
	現　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている　□特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」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：　　年　　月 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　□ウ. 独居			
	同居家族の有無	□なし　□あり(　□配偶者　□子　□その他　)※複数選択可能※			
	介護者の有無	□ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り　□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(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(介護者はいない)			
	介護可能時間	□ア. ほとんど終日　□イ. 半日程度、□2～3時間程度 □ウ. 必要な時に手をかす程、□その他(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. 充分な介護が出来ず、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
生活・経済状況	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 ＜入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間＞ (□イ. 制限なし　□ウ. 6～12ヵ月　□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			

裏面もご記入願います。

入居希望者の状況	入居希望時期	□今すぐ入居したい　□(　令和　年　月　日　) 頃までに入居したい □ア. 個室を希望している □イ. 多床室(大部屋)を希望している(はなえにわのみ) □ウ. どちらでもかまわない
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他(　　) 【既往歴・現在治療中の病気・特記事項等】 かかりつけ医療機関:　　医師名: 現在治療中の病名: 既往歴:
	生活歴	・出生　・結婚歴 ・学歴　・子ども ・職歴　・その他 ・年金 (あり ・ なし ・ 生活保護) 年金の種類 (国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 組合 ・ 遺族 ・ 障害 ・ その他< >) 年金額　月　万円
	申込状況	□当該施設のみ申し込み　□他の施設に申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 (　)(　) ◇ 今後申し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			生年月日	年　月　日
	同居の区分	□同居している　□別居している(住所:　申請者住所に同じ　)			
	意　見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介事業所 (又は支援センター名)		電話番号 担当			