

# 特別養護老人ホームウイステリア八重原利用(入所)申込書

申込日 平成 年 月 日

特別養護老人ホームウイステリア八重原施設長様

|        |   |   |      |                |       |   |
|--------|---|---|------|----------------|-------|---|
| 利用者    | ふりがな  |   | 性別   | 男・女            | 年齢    | 歳 |
|        | 氏名  |   | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 月 日 |   |
|        | 住所  | 〒 | 自宅電話 |                |       |   |
|        |   |   | 携帯電話 |                |       |   |
| 現在の居場所 | 1. 在宅<br>2. 病院(病院名: 入院日 年 月 日)<br>3. 施設(施設名: 入所日 年 月 日) |   |      |                |       |   |

|     |      |                                   |      |  |
|-----|------|-----------------------------------|------|--|
| 申請者 | ふりがな |                                   | 続柄   |  |
|     | 氏名   |                                   | 自宅電話 |  |
|     | 住所   | 〒 <input type="checkbox"/> 利用者と同じ | 携帯電話 |  |

|      |                                 |  |  |  |  |
|------|---------------------------------|--|--|--|--|
| 介護保険 | 未申請 申請中 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) |  |  |  |  |
|      | 居宅介護支援事業所名 ( )                  |  |  |  |  |
|      | 担当ケアマネジャー名 ( )                  |  |  |  |  |

|      |                                       |  |  |  |  |
|------|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 公費制度 | 介護保険負担限度額認定 未申請 申請中 有(第1段階・第2段階・第3段階) |  |  |  |  |
|      | 障害者手帳 有・無 年金 有・無 (月額 万円)              |  |  |  |  |

|     |                       |
|-----|-----------------------|
| ご希望 | 1 .入所      2 .ショートステイ |
|-----|-----------------------|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|-----------------------------|--|

|        |   |
|--------|---|
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい  |
| 申込状況   | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は申込み予定。( 箇所)<br>※既に申し込んでいる他施設名 ( ) ( )<br>※申し込み予定の他施設名 ( ) ( ) |

| 同居の<br>家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 備考 |  |
|-------------|----|----|----|----|----|--|
|             |    |    |    |    |    |  |
|             |    |    |    |    |    |  |
|             |    |    |    |    |    |  |
|             |    |    |    |    |    |  |
|             |    |    |    |    |    |  |

| 同居以外<br>の家族<br>構成 | ※同居以外の子供、子供がいない場合は兄弟・甥・姪 |    |    |    |    |
|-------------------|--------------------------|----|----|----|----|
|                   | 氏名                       | 続柄 | 年齢 | 職業 | 備考 |
|                   |                          |    |    |    |    |
|                   |                          |    |    |    |    |
|                   |                          |    |    |    |    |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 医療の<br>状況                   | 【現在加療中の病気】  |  |
|                             | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射<br><input type="checkbox"/> 留置カテーテル (<br>その他・特記事項 ( ) |  |
| かかりつけ<br>の医療機<br>関主治<br>医師名 | 医療機関名   |  |
|                             | 主治医氏名   |  |

備考 ・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。  
・在宅サービスを利用されている方は直近3カ月分の「サービス利用票」のコピーも併せて添付してください。