

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 大正 昭和	年	月 日	
	住所	〒	自宅電話				
			携帯電話				
現在の居場所	1. 在宅 2. 病院(病院名: 入院日 年 月 日) 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。 <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。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <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。 <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 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は申込み予定。(箇所) ※既に申し込んでいる他施設名 () () ※申し込み予定の他施設名 () ()

同居の 家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考	

同居以外 の家族 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 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 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (その他・特記事項 ()	
かかりつけ の医療機 関主治 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。