

# 社会福祉法人陵風会 特別養護老人ホームみどりの丘 入所申込書

入所者本人	記入日	令和 年 月 日	希望居室(○印で囲む)		個室	多床室	どちらでも	
	ふりがな		性別	年齢	生年月日			
	本人氏名	様	男・女	歳	明治 大正 昭和	年	月	日
	住所	〒		電話番号	自宅	携帯		
	住宅状況	<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である ( )						
	現在居所	[自宅] [老人保健施設] [有料老人ホーム] [サービス付き高齢者住宅] [ショートステイ] [病院] [ ] ※上記であてはまるものに○印 施設・病院等名称( ) 入所・入院日: 年 月 日 退所・退院の期限が <ある→ 月 日まで> <ない> 担当ケアマネ( ) 担当相談員( )						
	介護保険	要介護 1 2 3 4 5 <区分変更 月 日 申請> 認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 保険者(市町村名) 被保険者番号 <負担割合 1割 2割 3割> <負担限度 第1段階 第2段階 第3段階 第4段階>						
	収入	<年金 万円/月> <生活保護 有 無> ※生活保護の方は多床室のみとなります						
	申込理由 ※複数可	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <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"/> 介護者が就労してお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等を求められているが受入れが困難なため 具体的に記入 ( )						
	身元引受人	ふりがな		性別	年齢	続柄	受診同行	
氏名		様	男・女	歳		可	不可	
住所	〒		電話番号	自宅	携帯			
親族	ふりがな		性別	年齢	続柄	受診同行		
	氏名	様	男・女	歳		可	不可	
	住所	〒		電話番号	自宅	携帯		
	ふりがな		性別	年齢	続柄	受診同行		
氏名	様	男・女	歳		可	不可		
住所	〒		電話番号	自宅	携帯			

