

特別養護老人ホーム ミ・カサ 入所申込書 (1 / 3)

ミ・カサ 施設長 殿

申込年月日		年 月 日			
本人	フリガナ		明治・大正・昭和		
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	性別 男・女
家族・申込者	住所	郵便番号(-)		電話番号	()
	氏名		続柄	備考	
家族・申込者	住所	郵便番号(-)		携帯番号	()
				電話番号	()
	その他の連絡先	郵便番号(-)		電話番号	()
介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号			
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	
保険者	市・区・町・村	認定日	年 月 日		
支居 援宅 事業 所 介護	事業所名		事業者番号		
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()
	フリガナ 担当者名		備考		
入院・入所先	施設名		施設種別		
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()
	フリガナ 担当者名		備考		
医療状況	病院名		現在右記のような処置を受けていますか？受けているものに○を付けてください。	鼻腔栄養・胃ろう・在宅酸素・ インスリン・ストマ・カテーテル その他()	
	病名				
申他 込施 設状 況の	施設名1		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名2		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
介 護 者 の 状 況	※ 該 当 す る 番 号 ひ と つ に ○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない			
		2. 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)			
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)			
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)			
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。			
		6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。			
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。			

入 所 申 込 書 (2 / 3)

入 所 希 望 者 ご 本 人 の 状 況	※ 該 当 の 内 は 該 項 目 に チ ェ ッ ク 現 在 の 住 居 番 号 及 び 介 護 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() ----- 2. 病院 (病院名: 入院: 年 月から) (病名:) ----- 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス
そ の 他	詳 しく 病 気 の こ と や ご 心 配 な こ と を 記 入 くだ さい。	
要介護1、2の場合の特例入所要件の有無		有 (別途「特例入所申込書」が必要となります。) ・ 無

