

(様式1) 特別養護老人ホーム セボラ・コリーナ 入所申込書

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。

申込み日 年 月 日

受付日 年 月 日

* 受付日は施設で記入いたします。

特別養護老人ホーム セボラ・コリーナ

入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 -	
住所:	
フリガナ	
氏名	続柄
電話	携帯
アドレス	

申込先 (入所希望施設)	社会福祉法人愛和福祉会		保険者		
	特別養護老人ホーム セボラ・コリーナ		被保険者番号		
(フリガナ)		性別	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 裏面に要件を記載 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 裏面に要件を記載
<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 裏面に要件を記載					
氏名		男・女			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
現住所	〒 -				
現況	<input type="checkbox"/> ア 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> イ 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の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: 平成 年 月 日 から入所・入院している				
入所希望者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) <input type="checkbox"/> ウ 独居			
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ 介護者はいない			
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ 75歳以上又は介護者はいない			
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア 健康である <input type="checkbox"/> イ 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない			
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア 十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない			
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア 良好 <input type="checkbox"/> イ 介護は行っているが、疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない			
生活・経済の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <input type="checkbox"/> オ 自宅等 * 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合 <input type="checkbox"/> イ 制限なし <input type="checkbox"/> ウ 6~12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ 6ヶ月未満の、入所継続可能期間			
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ 限度額の80%以上			
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ ほとんどサービスを抑制している			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ 第3段階 <input type="checkbox"/> エ 第2段階 <input type="checkbox"/> オ 第1段階			
	住居	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ 帰る住まいがない			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> ア 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> イ 年 月 頃までに入所したい			

