

# 特別養護老人ホーム ひだまりの郷 入居申込書(1)

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日(施設にて記入)
受付番号	NO.	(施設にて記入)		
受付者	(施設にて記入)			

特別養護老人ホーム ひだまりの郷 施設長様

申込者	住所	〒		
	フリガナ			本人との関係
	氏名			
	電話番号	(自宅) (携帯)		

貴施設へ入居を希望するため、次の通り申し込みます。

本人の状況	フリガナ			性別	介護保険者				
	氏名			男・女	被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭	年		月	日(歳)	要介護度	1・2・3・4・5	
	住所	〒		介護認定 期間	平成		年	月	日から
	負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 無			平成		年	月	日まで
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者							
	障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障害の種類 . 級 種) (年 月 日交付)							
	経済環境 (収入)	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他( ) (月額 円)						
		その他収入	<input type="checkbox"/> 有( ) (月額 円)						
	現在の 所在場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所・入院している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム等に入所・入居している  *施設・病院等に入所・入院している場合は記入して下さい							
居宅 介護支援事 業所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		事業所名:	所在地:					
現在利用 している 在宅 サービス	電話番号: 担当ケアマネージャー名:								
	*1、該当するものを全て選んで下さい *2、[ ]内には事業所名を記入して下さい *3、現在、入所中又は入院中の方は、入所前・入院前の利用状況を記入して下さい <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 日) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 日) [ ] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費の支給 商品名( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								