

(別紙1)

申込日	令和 4 年 4 月 1 日	受付日	令和 年 月 日
-----	----------------	-----	----------

特別養護老人ホーム ○○○○ 利用申込書

入所希望者	フリガナ ○○ ○○	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日				
	○○ ○○	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	年齢 ○○ 歳		
現住所	〒 ○○○ - ○○○○ 電話番号 (○○○) ○○○○ - ○○○○ 村上市○○○ ○番○○号						
介護保険被保険者番号(10桁)	○○○○○○○○○○○○	介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
保険者(市町村)名	村上市	認定有効期間	令和 4 年 10 月 1 日 ~ 令和 6 年 9 月 30 日				
申請(代行)者	フリガナ ○○ ○○	続柄	〒 ○○○-○○○ 電話 ○○○○ - ○○○○ - ○○○○				
	○○ ○○	○○	住所 同上				
入所打診、調整の連絡先 ※上記と異なる場合に記入	氏名	連絡先	電話	-	-		
<p>【注意事項】 ※要介護1又は要介護2の方は、該当する要件にレ点を入れ、『申請事由』に状況を記入してください。 <u>居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</u></p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であつて、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である</p>							
申請事由 (入所を希望する理由)	(あてはまる項目すべてにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護者(同居家族)自身が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護ができない <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労しているため十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が他にも介護や育児などを担っているため十分な介護ができない <input checked="" type="checkbox"/> 介護による身体的・精神的な負担が非常に大きい <input type="checkbox"/> 住環境の問題により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院、退所を迫られているが、自宅での介護ができない <input checked="" type="checkbox"/> 在宅介護サービスを利用することによる経済的な負担が大きい <input type="checkbox"/> 入院費用(入所費用)による経済的な負担が大きい					
		(上記以外の理由があれば具体的に記入) 自宅等で介護するうえでの困りごと(ご本人の状態やご家族の事情等)をご記入ください。					
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他						
年金等	(種別) 厚生年金						
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	障害名				
担当介護支援専門員 (病院、施設等)	事業所名	居宅介護支援事業所○○○○					
	氏名	○○ ○○	連絡先	電話	○○○ - ○○○○ - ○○○○		

