

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

〒	—
住所	
氏名	
電話	

多床室 ・ ユニット (ご連絡先)

↑入所を希望される方に○をつけて下さい。両方可。

特別養護老人ホーム清流園に入園したいので、次のとおり申し込みます。

		保険者	市・区・町・村						
入 園 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)	性別	被保険者番号						
	氏名	男・女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	生年月日	大・昭 年 月 日 () 歳	要介護度 認定期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで				
	現住所	〒 —							
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 <input type="checkbox"/> その他() 施設や病院に入っている方は記入してください。 ◇施設名又は病院名 所在地(市区名のみ) ◇入所又は入院期間:平成・令和 年 月から							
	入園希望理由 (該当するものを すべて 選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <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"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく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を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他()							
	入園希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入園したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入園したい。							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 鼻腔経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】							
	申込状況	既に申し込んでいる施設名 今後申し込む予定の施設名							
	主 たる 介 護 者	(フリガナ)	性別	本人との関係					
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日					
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)							
ご意見		【介護しているうえでお困りの点】							
【紹介者・担当ケアマネ・担当ソーシャルワーカー】									