特別養護老人ホームもくれん 入所申込書

特別養護老人ホームもくれんを利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者

（フリガナ）			性　別	被保険者番号	
氏　名	印		男・女	要 介 護 度	３　・　４　・　５
生　年 月　日	明治	大正	昭和	要　介　護 認定有効期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
	年　　月　　日　（　　）歳				
現住所	〒　　－				

◎ 入所申込者の状況

現　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている　□施設や病院に入っている
	◇施設名又は病院名：
	◇入所又は入院期間：令和　　年　　月 から 入所 ・ 入院 している
入所を希望する理由 （該当するもの全てを選んで下さい）	□介護する者がいないため。 □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。 □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。 □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。 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 □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。 □その他（　　）
医療の状況	□経管栄養（ 鼻腔 ・ 胃ろう ）　□在宅酸素　□インシュリン注射 □バルーン　□ストマー　□その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	□当該施設のみ申し込む　□他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名（　　）（　　）（　　） ◇今後申し込む予定の他の施設名（　　）（　　）（　　）

◎ 主たる介護者

（フリガナ）		性　別	本人との関係	
氏　名		男	生 年 月 日	
		女	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	
同居、別居の区分	□ 同居している　□ 別居している（住所：　　）			
意　見	【介護をしているうえで困っていること等】			

◎　同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和　　年　　月　　日

入所申込者　　印

代　理　人　　印

※「被保険者証(写)」直近３ヶ月の「サービス利用証(写)」「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規　　更新

申込日	令 和　　年　　月　　日
受付日	令 和　　年　　月　　日
有効期限	令 和　　年　　月　　日

連絡先　（今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。）

〒：　　－ 住所：		
氏名：	本人との関係	
電 話 番 号 ：　　（　　）		
携帯電話番号：　　（　　）		