

特別養護老人ホーム 甲府城南ケアセンター入居申込（ご家族記入）

01版

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな) 入居申込者氏名	性別	男 ・ 女		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
現住所	〒		電話番号	
介護保険者			被保険者番号	
要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
介護保険付帯割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 2割負担	<input type="checkbox"/> 3割負担	
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 第4段階
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名:)			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護
年金保険	<input type="checkbox"/> 国民	<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> その他 ()

【本人の状況】

1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院・老健などの施設に入っている 利用している方は記入してください ◇病院名又は施設名 ◇所在地 ◇入院又は入所期間：平成 年 月 日から入院・入所している
2. 入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難
3. 入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入居したい
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> その他 () ◇現在治療中の病名 ◇病院名 ◇主治医
5. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定 ◇申し込んでいる（予定の）方は記入ください 1 2

【申込者連絡先】

(ふりがな) 氏 名	続柄		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住 所	〒		電話番号	
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活			
入所申し込みを 希望される理由				