特別養護老人ホーム　大野の郷　入居申込書

大野の郷への入居を希望し、下記のとおり入居を申し込みます。

申込日　令和　　年　　月　　日

【 入 居 希 望 者 】

（フリガナ） 氏　　名		生 年 月 日	M・T・S　　年　　月　　日 （満　　歳）	性 別	男・女
住　　所	〒		電 話 番 号		
			介護保険負担割合	□１割　□２割　□３割	
			介護保険給付制限	□無　　□有	
介 護 保 険 者	市・区・町・村	介護保険被保険者番号			
要 介 護 度	要介護　□1　□2　□3　□4　□5	認定年月日	年　　月　　日		
生活保護受給	□無　　□有　　□申請予定	認 定 期 間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		

【 本 人 の 状 況 】

１．現在の状況について	□自宅で一人暮らししている　　□自宅で家族と暮らしている □他の施設・病院等に入所・入院している（下段にもご記入ください） ◇施設名または病院名　　◇所在地 ◇入所又は入院期間 ：　　年　　月　　日から　入所 ・ 入院　している
２．入所希望理由	□介護する者がいない　□介護する者が高齢、病気、就労　□その他（　　）
３．入所希望時期	□至急入所したい　□　　年　　月　　日頃までに入所したい
４．医療に係る状況	□経管栄養　□胃ろう　□気管切開　□在宅酸素　□インシュリン注射 □ペースメーカー　□腸ろう　□人口透析　□その他 ◇現在治療中の病名 ◇使用中の薬　　◇既往歴 ◇病院名　　◇主治医
５．障害に係る状況	□障害名　　□身体障害者手帳（等級）
６．施設申込状況	□当施設のみの申し込み　□他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定 ※ 他施設を申込中、又は申込予定の方は、すべてご記入ください　合計　　ヵ所（大野の郷も含む） １．　　２．　　３．　　４．
７．参 考 事 項	本人の受給している年金の種類（　　）

【 身 元 引 受 人 連 絡 先 】

（フリガナ） 氏　　名		続 柄		同居の有無	□同居　□別居 □同一敷地内別居	性 別	男・女
住　　所	〒			生 年 月 日	M・T・S・H　　年　　月　　日 （満　　歳）		
電　話　番　号	（　　）	携帯電話	（　　）				
（勤　務　先）	名称	電話番号	（　　）				
ご家族からの意見・要望等							

担当ケアマネージャー又は相談員		電 話 番 号	
所 属 事 業 所・病 院 名			