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			