特別養護老人ホームからたち　入居申込書

**受付番号**

令和　　　年　　　月　　　日

【記入される前にお読みください】

* 記入された内容については、入居待機の管理及び入居判定以外の目的には使用しません。
* 記入後にご本人やご家族(介護者)の状況に変動があった場合は、必ずご連絡ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者  (連絡先) | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　　　　　） | |
| 住　 所　〒 | |
| 連絡先 （自宅） | 連絡先 （携帯） |

※郵便物などは、この連絡先にお送りします。

**入居を希望されるかたについてご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日　　Ｍ ・ Ｔ ・ Ｓ　　　　年　　　　月　　　日（年齢　　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所　〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 四街道市発行  四街道市以外(　　　　　　) | | |
| 要介護状態区　分 | 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５  要介護２　・　要介護１ | | | | | | | | 認　定  期　間 | | | 令和　　　年　　　月　　　日から  令和　　　年　　　月　　　日まで | | | | |
| 介護保険  負担割合 | １割  ２割 ・３割 | 負担限度額  認　定 **※** | | | | なし　・　第１段階 ・ 第２段階  第３段階①　・　第３段階② | | | | | | | | | 生活保護  受　給 | あり  なし |
| 現 在 の  居住状況 | □　自　　宅  □　医療機関（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護  支援事業所 | 居宅介護支援事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  担当ケアマネジャー名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他 施 設  申込状況 | * 申し込んでいる　（申込時期　：　平成・令和　　　年　　　　月）   種　類( 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他 ）   * 申し込んでいない（申込予定　　あり　　・　　なし　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の意向 | □希望している　□迷っている　□拒否している　□知らせていない　□理解困難 | | | | | | | | | | | | | | | |

　※食費の金額を参考に記入してください（認定を受けていない方は、なし　を記入してください）

（第１段階：食費が３００円の方、第２段階：３９０円の方、第３段階①：６５０円の方、第３段階②：１３６０円の方）