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）