

申込日 平成 年 月 日

申込者（連絡先）

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	()
氏 名		携帯	- -

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性 別	男 ・ 女			
	氏 名		住民登録	市・区・町・村			
	現 住 所	〒					
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	(歳)			
	健康保険	種 別	記号・番号				
	年金等	種 別					
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 級(度) 年 月 日)					
	介護保険	被保険者番号					
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 (認定日 年 月 日)					
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームに入所している (施設に入所(入院・入居)している場合) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">施設名又は病院名 (所在地)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>年 月 日 ~</td> </tr> </table>			施設名又は病院名 (所在地)	入所又は入院期間
施設名又は病院名 (所在地)						
入所又は入院期間	年 月 日 ~						
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に訪問__回・通い__回・泊まり__日程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、購入 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容) <input type="checkbox"/> その他 (内容)						
※1 該当するものを全て選んでください。							
※2 []内に事業者名を記入してください。							

家族や居住等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身よりがいない若しくは家族等がいても疎遠である等介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい			
	※該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 車イスを使用しているが、居住の廊下の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住の便所、浴室、階段等の構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められているが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所し長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	同居者の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() ※同居者の合計 _____ 名			
	主な介護者	(フリガナ)			性別
		氏名	続柄()		男・女
		住所	〒		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
他の介護者		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない			
その他の連絡先 ※同居家族や親戚の方を記入してください	氏名	続柄()		電話	
	氏名	続柄()		電話	
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> ぶなの園にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(申し込む予定) (他の施設名)			
	担当ケアマネジャー	氏名	連絡先		
		事業所名			

おねがい

○入所希望者の要介護度や家族、介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ずぶなの園まで連絡をください。 電話 0197-85-2322

○施設入所された場合でも、体調不良等による通院の際はご家族に付き添いしていただくことになります。あらかじめ、対応される方(できる方)について、家族間・親戚間にてご確認ください。