

特別養護老人ホーム 高雄苑
 グループホーム 田園

入所申込書

施設長 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	特記事項(施設が記入)
	氏名 続柄 ()	
	住所 〒	
	電話 () -	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな	男	保険者	
氏名	女	介護保険番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5・未認定
住所	〒 TEL() -		
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中 (施設名 時期 平成 年 月から入所) <input type="checkbox"/> 現在入院中 (病院名 時期 平成 年 月から入院)		
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない)		
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など(主治医) (歯科医)		
申込みの希望	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込み <input type="checkbox"/> この施設のみ申込み ・すでに申込み済()() ・これから申込み()()		

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていること

同意欄	①福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。
	②施設入所に際しての了解事項について説明を受け、同意します。
	平成 年 月 日 氏名 (印)

※ ご記入頂いた内容に変更、申込取下げ(他施設入所、死亡)などがありましたら、随時ご連絡下さい。
 〒 918-8076 福井市本堂町51-33 TEL 0776-37-0116, FAX 0776-37-0126