

社会福祉法人彩世会特別養護老人ホーム入居申込書

申込者 今後、郵便物などはこの連絡先にお送
(連絡先)りさせていただきます。

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に
入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 -	
住所	
氏名	続柄
電話番号(自宅)	- -
(携帯電話)	- -

申込先（入所希望施設）		☐ 特別養護老人ホームコスモス苑 ☐ 特別養護老人ホームコスモス苑さとづか		保険者					
				被保険者番号					
入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ			性別	要介護度				
	氏名			男・女	要介護		年 月 日から		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）		認定期間	年 月 日まで				
	現住所	〒 -				マイナンバー カード	有 ・ 無		
	介護保険限度額認定	有 ・ 無 段階	年間所得額	年金 円 円 その他	年金種別	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障がい年金 ☐ その他			
	障がい者手帳	有・無	種別	身体・療育・精神	等級	種 級			
	現況	ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所（院）中 ※「施設・入院等に入所（院）中」の方は記入ください 施設名又は病院名： 所在地（市町村名のみ） 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している							
	介 護 者 等 の 状 況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む）ウ 独居						
		介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない						
		介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上または介護者はいない						
		介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない						
		介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者がいない						
要介護者との関係		ア 良好 イ 介護は行っているが疲労感が強い ウ 最低限のかかわりのみ又は介護者はいない							
生 活 ・ 経 済 の 状 況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない ※施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の入所継続期間 （イ 制限なし ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満） オ 自宅等							
	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上							
	在宅サービス 利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分にサービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している							

[illegible]