

	担当印
--	-----

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

申込み日平成 年 月 日

社会福祉法人江東園

（有効期限：上記申込受付日から1年間）

特別養護老人ホーム リバーサイドグリーン 施設長殿

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話				
保険者		保険者番号		
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5	
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
年金の有無：無・国民・厚生・遺族（ ） / 生活保護受給：有・無				
現在の居場所及び住所	<input type="checkbox"/> 1- 自宅			
	<input type="checkbox"/> 2- 病院	(病院名	入院	年 月)
	<input type="checkbox"/> 3- 介護老人保健施設	(施設名	入所	年 月)
	<input type="checkbox"/> 4- 介護療養型医療施設	(施設名	入所	年 月)
	<input type="checkbox"/> 5- その他	(具体的に		
現在居場所の住所：				

申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入下さい。）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	自宅（ ） - 携帯（ ） 勤務先（ ）	※昼間、連絡が取れるところをご記入下さい	

連絡先（申し込み代理者以外の方は、下の欄にご記入下さい。）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	自宅（ ） - 携帯（ ） 勤務先（ ）	※昼間、連絡が取れるところをご記入下さい	

担当ケアマネジャー

	福祉サービス 利用状況	
介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない	
	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 1週間に3回以上通って介護している（1週間に 回） ※主に介護している方について記入してください	
	氏名	入所希望者との続柄
	住所	
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 介護の状況や要介護度	
	<input type="checkbox"/> 介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください	
	氏名	入所希望者との続柄
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <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 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （ 種 級 障害疾患 <input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている （ 度） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害疾患 <input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 通院状況 週間に 回） <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 介護の状況や要介護度	（家族構成）

その他の 状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない <input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋が無い <input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人が動かないようにしばりつけるなど、抑制することがある
------------	---

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為に、この申込書にある内容を東京都・江戸川区・包括支援センター・担当ケアマネージャーへ提供することを同意します。

年 月 日

本人氏名

代理人氏名

本人との続柄（ ）
