# 指定介護老人福祉施設（特養富士見園）入所申込書

| | |
|---|---|
| 申込日 | |
| 受付日 | |

申込者（連絡先） 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 〒 ： ー | | | |
| 住所 ： | | | |
| 氏名 ： | | 続柄 | |
| 電話 ： （ ） | | | |

**稚内市特別養護老人ホーム富士見園施設長 様**

**貴施設に入所したいので次のとおり申し込みます。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 保 険 者 | 稚内市 |
| 入居希望者の状況 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | 性別 | 被保険者番号 | |
| | 氏 名 | | | 要介護度 | |
| | 生年月日 | 年 月 日（ ） 歳 | | 要介護認定期間 | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |
| | 現 住 所 | 〒 ー | | | |
| | 現 況 | □ 自宅で一人で暮らしている □ 自宅で家族と暮らしている □ 特養などの施設や病院に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入してください<br>◇施設名又は病院名： ◇所在地（市町村名のみ）<br>◇入所又は入院時期： 平成 年 月 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 □ ｳ. 独居 | | |
| | | 介護者の有無 | □ ｱ. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り □ 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（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（介護者はいない） | | |
| | | 介護可能時間 | □ ｱ. 十分に介護に当たる時間有 □ ｲ. 一部不在になる時間有 □ ｳ. ほとんど時間が取れない（介護者はいない） | | |
| | | 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. 介護放棄等、最低限の関わりのみ（介護者はいない） | | |
| | 生活・経済状況 | 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 ＜入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間<br>□（ｲ.制限なし □ ｳ. 6～12ヵ月 □ ｴ. 6ヶ月未満） □ ｵ. 自宅等 | | |
| | | 在宅ｻｰﾋﾞｽ利用率 | □ 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<br>□ ｴ. 限度額の60%～80%未満 □ ｵ. 限度額の80%以上 | | |
| | | 在宅ｻｰﾋﾞｽ利用状況 | □ ｱ. 施設・病院等に入所（院）中 □ ｲ. 十分ｻｰﾋﾞｽを利用している □ ｳ. まあまあｻｰﾋﾞｽを利用している<br>□ ｴ. 一部ｻｰﾋﾞｽを抑制している □ ｵ. ほとんどサービスを抑制している | | |
| | | 保険料の段階 | □ ｱ. 第5段階以上 □ ｲ. 第4段階 □ ｳ. 第3段階<br>□ ｴ. 第2段階 □ ｵ. 第1段階 | | |
| | | 住 居 | □ ｱ. 施設・病院等に入所（院）中 □ ｲ. 快適な生活のできる住宅 □ ｳ. 一部居住性に問題がある<br>□ ｴ. かなり居住性に問題がある □ ｵ. 帰る住まいがない | | |
| | 入居希望時期 | | □ 今すぐ入居したい □ / / 頃までに入居したい | | |
| | 医療の状況 | | □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 在宅酸素 □ インシュリン注射 □ その他（ ）<br>【現在治療中の病気・特記事項等】 | | |
| | 生 活 歴 | | ・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他 | | |
| | 申 込 状 況 | | □ 当該施設のみ申し込み □ 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定<br>◇ 既に申し込んでいる他の施設名 （ ）（ ）<br>◇ 今後申し込む予定の他の施設名 （ ）（ ） | | |
| 主たる介護者 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | 性別 | 本人との関係 | |
| | 氏 名 | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 同居の区分 | □ 同居している □ 別居している （住所： | | | |
| | 意 見 | 【介護をしている上で困っていること等】 | | | |
| 紹介事業所（又は支援センター名） | | 電話番号<br>担当 | | | |