

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。 新規の申込み 継続の申込み
 (今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ			入居希望者との関係				
	氏名			()				
	住所	〒 [][][][] - [][][][]						
	連絡先	電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ					
		携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ					
入居希望者本人	入居希望施設名 ※原則5施設まで	1			2			
		3			4			
		5			※やむを得ない理由がある場合は裏面に6施設目以降を記載してください。			
	居室タイプ	<input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> 個室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい						
	保険者番号			<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他 ()				
	被保険者番号			介護保険被保険者証の写し(コピー)を1部必ず提出してください。				
	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
	住所	〒 [][][][] - [][][][]						
	電話番号	()						
担当ケアマネジャー等	フリガナ			事業所名				
	氏名							
	連絡先	()						
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 [認定有効期間] 年 月 日から 年 月 日まで ※要介護1又は要介護2の方へ 様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 [認定有効期間] 年 月 日から 年 月 日まで							
待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. グループホーム <input type="checkbox"/> 6. 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 7. 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 8. その他 () ※2~8の場合 施設などの名: () ※2~8の場合 入居・入院年月日 (年 月 日)							
入居を希望する理由	1~4のうちあてはまるものをひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいるが、次の理由により十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児中 (←3の場合、当てはまるものを全て選択してください) <input type="checkbox"/> 4. 介護する者が就労中で常時十分な介護ができない。 (↓就労時間を選択して下さい) <input type="checkbox"/> 週35時間以上 <input type="checkbox"/> 週20時間以上35時間未満 <input type="checkbox"/> 週20時間未満 (常勤・非常勤の呼称やパート就労等の就労形態は問いません)							
認知症等による症状	生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上							

※この様式の控え(コピー)を1部保管しておいてください。入居継続の申込の際に必要となります。

※介護保険証の写し(コピー)を1部必ず提出してください。

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書 裏面

入居希望 施設名	6		7	
	8		9	
	10			

5施設を超えて入居申込を希望される理由(必ず記載してください)