

# 特別養護老人ホーム富士まかど 入居申込受付書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日 令和 年 月 日

## 1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏名			性別	生年月日		
			男・女	明・大・昭	年	月 日 (歳)
住所	〒 ( ) 静岡県富士市		Tel			
介護保険情報	保険者		被保険者番号			
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	負担割合
	年 月 日 ~		年 月 日		食費	居住費
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名 ) 3. その他の施設・病院等に入所している (施設・病院名 )					
介護サービス利用状況	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護 ( 回/週) 通所リハビリテーション・短期入所生活介護、短期入所療養介護 ( 日/月)・福祉用具貸与 ( ) (看護)小規模多機能型居宅介護 その他 ( )					
A	歩行		入浴			
D	排泄		認知			
L	食事		その他			
入居希望理由			本人状況等	独居・高齢者世帯・家族同居等 その他 ( )		
既往歴						
	主治医	( )				
担当居宅介護支援事業所	( )					
担当ケアマネージャー名	( )					

## 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名			続柄	
住所	〒 ( )		Tel	
(フリガナ) 氏名			続柄	
住所	〒 ( )		Tel	

※裏面もご記入をお願いします。



特別養護老人ホーム富士まかど 入居申込受付書 記入例

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日 令和 年 月 日

1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏 名	山田 ウメ 山田 梅		性 別	生 年 月 日	
			男・女	明(大)・昭 1年 1月 1日 ( 歳)	
住 所	〒(417 - 0806 ) 静岡県富士市 間門000-00番地			TEL 0545-00-0000	
要介護度	介護保険証 参照	保険者名	富士市	被保険者番号	介護保険証 参照
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名 ) ③ その他の施設・病院等に入所している (施設・病院名 老健 ふじ H29.4~ )				
介護サービス 利用状況	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護 ( 回/週) 通所リハビリテーション・短期入所生活介護、短期入所療養介護 ( 日/月)・福祉用具貸与 ( ) (看護)小規模多機能型居宅介護 その他 ( )				
A	歩行	車椅子を使って自分で動かしている	入浴	家族が入れている	
D	排泄	オムツをあてて交換している	認知	あり(裏のその他事項に具体的に記入して下さい)	
L	食事	自分で食べている	その他		
入居 希望理由	具体的に記入して下さい			本人 状況 等	独居・高齢者世帯・家族同居等 その他 ( )
既往歴					
	主 治 医	( )			
	担当居宅介護支援事業所	( )			
	担当ケアマネージャー名	( )			

家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏 名	入居後、身元引受可能な方の名前	続 柄	
住 所	〒 ( - ) TEL		
(フリガナ) 氏 名		続 柄	
住 所	〒 ( - ) TEL		

※裏面もご記入をお願いします。

(裏面)

## 2 主たる介護者の状況

(フリガナ) 氏名	現在、主に介護している方の名前			続柄	
住所	〒(       —        ) Tel				
生年月日	大・昭・平   年   月   日	職業		1週間の就労時間 時間/週	
主たる介護者 状況	1.身寄りも介護者も全くいない 2.遠方または病気で長期入院中 3.高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中 4.複数の被介護者がいる又は育児中、主たる介護者の家族が特定の疾病(癌・脳出血等)に罹患し長期入院中 5.就業している 6.どれにもあてはまらない ※いずれかに○印をつける				

## 3 その他の家族の状況

氏名	生年月日	続柄	同居・別居	備考(健康状態等)
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	
	大・昭・平   年   月   日		同居・別居	

## 4 収入状況 \*ご本人の収入をお書きください

1. 年金・恩給の種類【                                  】
2. 年金・恩給額     【   年間                                  円   】
3. その他の収入 有 ・ 無 【                                  円   】

## 5 その他事項(家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。)

(持参していただく物)  
印鑑・介護保険証・介護保険負担割合証(コピー可)

※入居申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、改めて申込み又は辞退等連絡をお願いします。