

沖縄県特別養護老人ホーム入所申込書

申込者（連絡先）

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。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	一
住所：	
氏名：	(続柄：)
電話：	

No.

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。

申込先 (入所希望施設)	特別養護老人ホームすみれ		保険者	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	1・2・3・4・5
			認知症自立度	I・II・III・IV・M
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
現住所				
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院等に入っている <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している [施設や病院等に入っている方]は記入して下さい。 <input type="text"/> 施設名または病院名 : <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 入所または入院期間 : 年 月 日から入所・入院して			
入所希望者の状況 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいない為。 <input type="checkbox"/> 介護をする者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または申込む予定。			
短期入所希望	施設のベッドに空きがある場合、短期入所の連絡を差し上げても良いですか。 <input type="checkbox"/> 連絡しても良い。 <input type="checkbox"/> 短期入所は利用しない。			
(フリガナ)		性別	本人との関係	生年月日 昭・平 年 月 日
氏名		男・女		
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:)			
主たる介護者	<input type="checkbox"/> 【介護をしているうえで困っていること等】			
意見				



パンフレットの内容はホームページにて確認できます。
左記のQRコードよりホームページを見ることができます。

沖縄県豊見城市字渡嘉敷150番地

社会福祉法人 おもと会
特別養護老人ホームすみれ
TEL 098-851-0101
FAX 098-851-3686