

申込年月日： 年 月 日

### 特別養護老人ホーム グランオー前橋 入所申込書兼台帳

本人の状況	フリガナ			性別	保険者(番号)											
	氏名			男・女	被保険者番号											
	生年月日	M・T・S	年 月 日 (満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5											
	要介護認定期間	年 月 日 から		認定申請予定日	年 月 日											
	介護保険負担割合証	( )割	負担限度額減額認定証	無・申請中・有 (有の場合は負担額を記入)		食費負担額 ( )円 居住費負担額 ( )円										
	自宅住所	〒 -			TEL											
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅以外で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 病院・他施設に入っている														
	※自宅以外に居住している場合に記入	病院・施設の名称	〒 -			TEL										
	入院・入所期間	年 月 ~ (年 月)			TEL											
	申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護する者が就労している(昼間独居状態で常時の)十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住しているため十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である <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である <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他( )														
本人の同意	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解困難															
在宅介護継続期間	年 月 ~ (年 月)			在宅サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (詳細を下記に記入) <input type="checkbox"/> 無											
居宅サービス利用状況 (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月	短期入所療養介護	回/月	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品名	短期入所生活介護	回/月	通所介護	回/月
居宅支援事業者名				TEL			ケアマネ氏名									
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ (主治医) _____ <b>【特記事項】</b>															

