

特別養護老人ホーム入所申込書（練馬区標準様式）

新規・再申請・変更

申込日 平成 年 月 日

施設名（居室タイプ： 従来型 ・ ユニット型 ）

施設長様

※申請に当たっては、ご本人の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

入所を希望される方の状況	介護保険 被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5		
			認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	ふりがな		性別	男 ・ 女		
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	住所 (住民登録上)	〒 電話 ()				
	ご本人の 居所	<input type="checkbox"/> 自宅（一戸建て、共同住宅、高齢者向け賃貸住宅等） <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅（介護サービス付き・介護サービスなし） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム（健康型・住宅型・介護型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム（区内・区外） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院（一般病床・療養型病床） <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム（A型・B型・ケアハウス・都市型） <input type="checkbox"/> その他 () ⇒「自宅」以外の方は、入所・入院を証明する書類をご提出ください。				
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()					
代理の方 (第一連絡先)	ふりがな		続柄			
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	— — (携帯) — —				
その他連絡先	ふりがな		続柄			
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	— — (携帯) — —				
介護支援専門員について	担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	事業所名		介護支援専門員氏名			
	所在地	〒 電話 ()				

