

かわにし苑入所申込書（新規・変更）

申込日 令和 年 月 日（曜日） 受付担当者

申込者	ふりがな 氏名	続柄	特記事項（施設が記入）
	住所		
	電話		

携帯 (市外)

入所を希望する人、その状況について ※該当するところは記入か○印、□にはレ点を付ける

ふりがな 氏名	男 女	保険者 福井市（182014）	保険番号									
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	要介護度	1	2	3	4	5	未認定	
住所	〒											
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設（老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅）に入所中（施設） <input type="checkbox"/> 現在入院中（病院名 時期 平成・令和 年 月から入院）											
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が（高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄）で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の（身体的・精神的）負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた期間（ 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して（いる・いない） <input type="checkbox"/> 認知症の程度（日常生活自立度 I・II a・II b・III a・III b・IV・M）											
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ） 現在治療中の病気など（主治医）（歯科医）											
申込みの状況	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込み <input type="checkbox"/> この施設のみ申込み ・すでに申込み済（ ）（ ） ・これから申込み（ ）（ ）											

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している	<input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる	<input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていること		

居宅サービスを利用の方は居宅介護支援事業所名
 （ ） 担当ケアマネ名（ ）
 長期ショートステイ希望（無・有） 介護保険負担限度額認定証の有無（無・段階1・2・3・4）

*裏面にも記入して下さい。

