沖縄県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日	年　月　日
受付日	年　月　日

申込者（連絡先）

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒　　－
住所：
氏名：
電話：　　　（　　　　）

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）		保険者		
入所希望者の状況				
（フリガナ）		被保険者番号		
氏名		男・女	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 （　　　）歳
現住所	〒			
要介護認定	□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ （認定期間）　年　月　日～　年　月　日			
認知症日常生活自立度	□ Ⅰ　□ Ⅱ　□ Ⅲ　□ Ⅳ　□ Ｍ			
現　況	□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている □在宅サービスを利用している □特養などの施設や病院等に入っている ［施設や病院等に入っている方］は記入して下さい。 ○施設名または病院名：　　　○所在地（地町村名のみ） ○入所又は入院時期：令和　年　月から入所・入院している			
入所を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい。）	□介護をする者がいないため □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 □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 □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 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □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 □その他（　　　　）			
入所希望時期	□今すぐ入所したい　□　　年　月頃までに入所したい			
医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素 □インシュリン注射　□その他（　　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込状況	□当該施設のみ申込む □他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設も申込む予定			
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 □連絡しても良い　□短期入所は利用しない			

※氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。