

介護老人福祉施設新川エバーライフ 入所申込書

申込日	令和	年	月	日
※受付日	令和	年	月	日
※受付番号				

※受付日・受付番号は施設で記入します。

介護老人福祉施設新川エバーライフに
入居したいので、次のとおり申し込みます。

(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。

〒		—	
住 所			
フリガナ		(続柄)	
氏 名			
電 話	【自宅	】	【携帯
			】

申込先 (入所希望施設)		社会福祉法人 札幌恵友会		保険者	市 町 村 区
		介護老人福祉施設 新川エバーライフ		被保険者番号	
(フリガナ)			性別	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
氏名			男 ・ 女	要介護 認定期間	年 月 日 から
生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			年 月 日 まで
現住所		〒 — 介護保険証の住所地と異なる場合			
現況		ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: 所在地(市町村名のみ) 入所又は入院時期: 年 月 日 から入所・入院している			
入所希望者の状況	介護者等の状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居		
		介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない		
		介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない		
		介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない		
		介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない		
		要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない		
	生活・経済の状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満) オ 自宅等		
		在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上		
		在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している		
		保険料の段階	ア 3割 イ 2割 ウ 1割		
住居		ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない			

[illegible]