

特別養護老人ホーム バンデ（絆）入居申込み書

令和 年 月 日

申込者連絡先 <small>（家族等代理の方の場合）</small>	氏名：		続柄
	〒		
	住所：		
	電話番号		

本人の状況	(フリガナ)		性別																		
	氏名		男 女	被保険者番号																	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)			要介護認定期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで														
	要介護度	<p style="text-align: center;">1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/>単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。</p>																			
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)																			
	自宅住所	〒										電話番号									
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている																			
		施設病院の名称											所在地	〒 -							
		入居又は入院期間	令和 年 月 日から										電話番号	()							

