

(別紙1)

| | | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 申込者 | | 続柄 | | 連絡先 | | | | | |

特別養護老人ホーム

利用申込書

* 所要事項に記入あるいは○をお願いします。

| | | | | | | | |
|------------|-----------|--------|-------------------|----|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | |
| 希望者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | | | |
| 現住所 | 〒 電話() - | | | | | | |
| 保険者名 | | 要介護度 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 |
| 介護保険被保険者番号 | | 認定有効期間 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | | | | |

【注意事項】

※要介護1又は要介護2の方は、該当する要件にレ点を入れ、『申請事由』に状況を詳しく記入してください。

居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 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

申請事由 (利用者の状態・家族状況など、施設入所が必要な事由を記載ください)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|-----|-------|---|--|--|
| 医療保険 | 後期高齢 ・ 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 組合 ・ 生保 | | | | | |
| 年金等 | (種別) | | | | | |
| 障害者手帳等 | 有 ・ 無 | 障害名 | | | | |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名 | | | | | |
| (病院、施設等) | 氏名 | 連絡先 | 電話() | - | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------|------|--------------|---------|
| 医療の状況 | 現在治療中の病気 | | | | |
| | 病名 | 入院・通院医療機関 | | 期間 | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| | 既往症 | | | | |
| | 病名 | 入院・通院医療機関 | | 期間 | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| | | | | 年 月 日～ | |
| 経管栄養(胃ろう・鼻腔・腸ろう) ・ カテーテル ・ ストマ(人工肛門) ・ 酸素療法 インシュリン注射 ・ 透析 ・ 気管切開 ・ その他() | | | | | |
| 身元引受人 | フリガナ | | 続柄 | 〒 電話() - | |
| | | | | 住所 | |
| 入所打診、調整の可能な連絡先 ※上記と異なる場合記入 | | 氏名 | | 連絡先 | 電話() - |
| 家族構成(同一生計者) | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業(勤務先)・電話番号 | 備考 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 利用希望者の意向 | 1 今すぐに入所したい。 | | | | |
| | 2 年 月頃まで入所したい。 | | | | |
| 申込施設 | ※他施設への申し込み状況 | | | | |
| | 1 当園のみ申し込んでいる。 | | | | |
| | 2 他の施設にも申し込んでいる。 | | | | |
| | 3 あわせて他の施設にも申し込みを希望する。 | | | | |
| 留意事項 | 本入所申込に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。 | | | | |
| | 【連絡先】 社会福祉法人 村上岩船福祉会 特別養護老人ホーム 【電話】 | | | | |
| 説明確認及び情報収集に係る同意 | 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。 | | | | |
| | 平成 年 月 日 | 利用希望者 | | | ⑩ |
| | 身元引受人 | | | ⑩ | |