



# 特別養護老人ホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム 佰楽苑宛て

申込日： 20〇〇年〇〇月〇〇日

○申込日を記載

## 入所申込者

ふりがな	ひゃくらく はなこ	性別	保険者	〇〇〇 市・町
氏名	佰 楽 花 子	男 女	被保険者番号	介護被保険者証の番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	要介護度	1・2・3・4・5	
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇-〇〇			

○被保険者番号・・・介護保険被保険者証の番号 (注) 他の保険証と間違わないように

申込代理者 (申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください)

氏名	〇〇 〇〇	入所申込者との続柄	長女・長男など 〇〇			
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇-〇〇			電話番号 ( )	—	
時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 年 月 頃を希望 【申込予定】 <input checked="" type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他にも申し込む ( 場所 )					
現況	<input type="checkbox"/> ①自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> ②自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ③老健等の施設や病院に入っている <input checked="" type="checkbox"/> ③老健等の施設や病院に入っているにレを入れた場合は下記についても記入してください。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇入所又は入院期間： 年 月 日 ~					
入所希望 該当に印	<input checked="" type="checkbox"/> 1 施設入所により安定した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事・排せつ・入浴などで日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない・介護者が入院等で介護できない <input checked="" type="checkbox"/> 6 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居等の為、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない (夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない (狭い・改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない (立地・地形上など) <input checked="" type="checkbox"/> 11 その他の理由 (具体的にお書きください) ( <b>主たる介護者が入院予定</b> )					
特例入所	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主の介護者	ふりがな	〇〇 〇〇	性別	本人との関係	生年月日	大 昭 平 〇年〇月〇日
	氏名	〇〇 〇〇	男 女	配偶者	電話番号	( ) —
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： _____ )				
	就労状況等 意見	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
同意書	<p>・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町 (以下、保険者市町という。) から入居判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。</p> <p>・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。</p> <p>・貴施設以外の施設に入所が決定した場合、又は要介護度や連絡先、介護の状況について変更がある時は、速やかに貴施設に連絡します。</p> <p style="text-align: right;">〇〇年〇月〇日 氏名 〇〇 〇〇 ㊟</p>					

○該当する全ての項目に印をつけてください

○要介護1・2の場合は、あてはまる項目に印をつけてください

○主たる介護者・・・3か月以上、入院・入所中の場合は、空白でかまいません

○同意氏名は、申込代理者の方の氏名でかまいません