

特別養護老人ホームいこい 入 所 申 込 書

| | | | |
|----------------|-------|-------|-----------|
| 申 込 日 | 年 月 日 | 受 付 日 | 年 月 日 |
| ※ 受付後5年間保存します。 | | 受付時刻 | 午前・午後 時 分 |

施設長 殿

申込者（連絡先）

| | | | |
|---------------|---------|------|-----------|
| 住 所 | 〒 _____ | | |
| (フリガナ) 氏 名 | | 電話番号 | () _____ |

特別養護老人ホームいこいに入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--|-------|--|------------|---------|--------------------------|--|---------|-------|
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | (フリガナ) | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | |
| | 氏 名 | | | | 住民登録 | 市・区・町・村 | | | | |
| | 現 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | 電 話 | _____ |
| | 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | | | | | | | |
| | 健 康 保 険 | 種 別 | | | | 記号・番号 | | | | |
| | 年 金 等 | 種 別 | | | | | | | | |
| | 障害手帳等 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 _____ 級(度) _____ 年 月 日) | | | | | | | | |
| | 介 護 保 険 | 被保険者番号 | _____ | | | | | | | |
| | 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | | | | | |
| | | 【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①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、②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、③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・安心確保が困難である、④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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。 | | | | | | | | |
| | | (認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 介護保険負担割合証 | | 割 | | 介護保険負担限度額証 | | 無 ・ 有 (第一段階 第二段階 第三段階) | | | |
| | 現在利用している施設サービス等 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> ショートステイ又はお泊りデイサービス (施設に入所(入居・入院)している場合) | | | | | | | | |
| | 施設名又は病院名(所在地) | | _____ | | | | | | 市・区・町・村 | |
| 入所又は入院期間 | | _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 | | | | | | | | |

* 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。

| | | |
|-----|-----------|---|
| その他 | 入所を希望する時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい |
| | 他施設の申込み状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____ |

| | | | | |
|-----------|------|--|-----|--------|
| 担当ケアマネジャー | 氏名 | | 連絡先 | 電話 () |
| | 事業所名 | | | |

| | |
|----|---|
| 備考 | <p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的・特例的入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|----|---|

| | |
|------|--|
| おねがい | <p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、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ください。</p> |
|------|--|

| | |
|-------|--|
| 同意確認欄 | <input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 印</p> |
|-------|--|

| | |
|-------|---|
| 説明確認欄 | <p>私は、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。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日 氏名 ()</p> |
|-------|---|