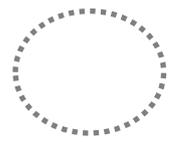


特別養護老人ホームゆきわりの里 入所申込書

受付印



特別養護老人ホームゆきわりの里 施設長 殿

1 代理人・身元保証人(連絡先)

記載日 年 月 日

ふりがな			
氏名	印 (入所希望者との続柄)		
住所	〒		
	【自宅】() -	【携帯】() -	

2 本人状況

ふりがな			明治・大正・昭和 年 月 日生
入所希望者			男性・女性 (歳)
住所	〒		
	【自宅】() -	【携帯】() -	
介護保険	被保険者番号		保険者 新潟市・その他()
	要介護度	要介護1 要介護2	要介護3 要介護4 要介護5
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
介護支援専門員等	【事業所名】	【TEL】() -	
	【担当者氏名】		
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 () 記号番号		
年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他 ()		
障がい者手帳等	無・有 手帳の種類(級)		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 在宅サービスの利用状況()		
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	施設名()	
	<input type="checkbox"/> 病院	施設名()	
	<input type="checkbox"/> その他の施設	施設名()	

3 医療の状況

	病名	入院・通院医療機関名	発症年月
現在治療中			年 月 ~
			年 月 ~
			年 月 ~
既往歴			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

4 家族状況

同居家族	氏名	生年月日	続柄	就労状況(職業)・その他(病気、障害の有無)
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
同居以外の家族	氏名	生年月日	続柄	居住地・電話番号など
		年 月 日		
		年 月 日		

入所申込の理由

.....

.....

5 居室希望確認

利用を希望する居室について1、2、3等の優先順位の記入をお願いします。

() ユニット型個室を希望する () 従来型個室を希望する () 従来型多床室を希望する

() 特に希望はなく、どちらでも良い

6 個人情報収集に係る同意書

貴施設が入所順位決定のために必要な範囲において、わたし(入所希望者及び家族)に関する情報を市町村、担当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に同意します。

令和 年 月 日 入所希望者 _____ 印

代理人
入所希望者の家族 _____ 印

7 特列入所の要件・要因(要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)

入所申込者が、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
- 知的障がい・精神障がいを伴い、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

上記要件の具体的な理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

受付印

社会福祉法人すこやか福祉会

特別養護老人ホームゆきわりの里 入所申込書

記入例

特別養護老人ホームゆきわりの里 施設長 殿

1 代理人・身元保証人(連絡先)

記載日 ○○年○○月○○日

ふりがな	にしかん たろう	
氏名	西蒲 太郎 (印)	(入所希望者との続柄 長男)
住所	〒○○○-○○○ ○市 ○町 ○丁目 ○番地 ○号 【自宅】(○○○) ○○ - ○○○○ 【携帯】(○○○) ○○ - ○○○○	

2 本人状況

ふりがな	にしかん じろう		明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日生	
入所希望者	西蒲 次郎		男性・女性 (○○歳)	
住所	〒○○○-○○○ ○市 ○町 ○丁目 ○番地 ○号 【自宅】(○○○) ○○ - ○○○○ 【携帯】(○○○) ○○ - ○○○○			
介護保険	被保険者番号	○○○○○○○○○○○○○○○○	保険者	新潟市・その他(○○市)
	要介護度	要介護1 要介護2	要介護3	要介護4 要介護5
	認定期間	令和○○年○○月○○日～令和○○年○○月○○日		
介護支援専門員等	【事業所名】○○○○○○○○○ 【TEL】(○○○)○○-○○○ 【担当者氏名】○○○			
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他() 記号番号 ○○○○○○○○			
年金等	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()			
障がい者手帳等	無・有() 手帳の種類(身体、精神、療育等を記入してください) ○級			
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 在宅サービスの利用状況(デイサービス、ヘルパー等記入してください)。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 施設名() <input type="checkbox"/> 病院 施設名() <input type="checkbox"/> その他の施設 施設名()			

3 医療の状況

	病名	入院・通院医療機関名	発症年月
現在治療中	○○病	○○○○○病院	○○年○○月～
			年 月～
			年 月～
既往歴	○○病	○○○○○病院	○○年○○月～○○年○○月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月

4 家族状況

同居家族	氏名	生年月日	続柄	就労状況(職業)・その他(病気、障害の有無)
	西蒲 次郎	S5年 10月 13日	本人	
	西蒲 ハナ	S8年 9月 20日	本人妻	(例) 就労なし。要介護2の認定を受けている。
		年 月 日		
	年 月 日			
同居以外の家族	氏名	生年月日	続柄	居住地・電話番号など
	西蒲 太郎	S32年 12月 15日	長男	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
	西蒲 花子	S38年 10月 6日	長男妻	携帯〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	西蒲 良子	S58年 5月 5日	孫	大学生

入所申込の理由

(例) 本人が要介護5となり、同居の母親では介護ができなくなっている

5 居室希望確認

利用を希望する居室について1、2、3等の優先順位の記入をお願いします。

(1) ユニット型個室を希望する (2) 従来型個室を希望する (3) 従来型多床室を希望する

(4) 特に希望はなく、どちらでも良い

6 個人情報収集に係る同意書

貴施設が入所順位決定のために必要な範囲において、わたし(入所希望者及び家族)に関する情報を市町村、担当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に同意します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 入所希望者 本人記入が困難であれば必要ありません 印

代理人
入所希望者の家族 ご家族の名前を記入してください 印

7 特列入所の要件・要因(要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)

入所申込者が、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

知的障がい・精神障がいを伴い、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

上記要件の具体的な理由

✓を入れた要件についての具体的な内容を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....