□ 特別養護老人ホーム 春の苑
□ 特別養護老人ホーム 月の船
□ 特別養護老人ホーム 季の花
□ 特別養護老人ホーム 花のいろ
□ 特別養護老人ホーム仮称平和台（令和6年4月オープン）

入所申込書

申込日	令和　年　月　日

施設記入欄	受付日	令和　年　月　日
	受付番号	
	担当者	

申込者連絡先	（フリガナ）		続柄	電話番号
	氏名：			＜日中連絡のとれる番号をご記入下さい＞
	〒			
	住所：			

☜ 今後、郵便物などはこちらの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況					
	（フリガナ）		性別	保険者（番号）	
	氏　名		男 女	被保険者番号	
				要介護度	1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（満　歳）		認定期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
	自宅住所	〒 ☎　（　）		居宅介護支援事業所名	
				担当ケアマネージャー	
	現在の居所	□自宅で単身　□高齢者のみの世帯　□自宅で家族と暮らしている　□他の施設や病院に入っている			
	＊自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称		所在地	〒　-
		入所又は入所期間	平成　年　月から（　年　ヶ月）	電話番号	（　）
	被保険者情報	・医療保険：□国民保険　□社会保険　□後期高齢者　□特定疾病 ・年　金：□国民年金　□厚生年金　□遺族年金　□その他（　） □精神　□生保　□原爆　□身体障害者手帳（　種　級）			
	経済状況	・本人の収入：月額　円　・家族の経済的援助：□有　□必要な時は有　□無			
	入所申込理由	□介護する者がいないため □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため □介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため □介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため □介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため □その他（　）			
	申込日前月に利用中のサービス（　月分）	居宅サービスの利用の有無　□有（下記についても記入してください）　□無			
		訪問介護　回/月	訪問入浴　回/月	訪問看護　回/月	
		訪問リハ　回/月	居宅療養管理指導　回/月	通所介護　回/月	
		通所リハ　回/月	福祉用具貸与　品目	短期入所生活介護　日/月	
		短期入所療養介護　日/月			

本人の状況	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□酸素療法　□インスリン自己注射　□ストーマ（人口肛門）処置 □中心静脈栄養 □その他（　　） 現在治療中の病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受診している医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 【特記事項】

主たる介護者の状況	（フリガナ）		性別	年齢	本人との関係	続柄（　　）　□同居　□別居
	主たる介護者の氏名		男・女	満　歳		住所： 電話番号：　　（　　）
	意見等 （現状の介護で困っていることなど）	＜注：身体的状況（健康状態）や仕事の有無（週の勤務日数及び時間）などを記入してください。＞				

同意欄	指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕への入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者から情報提供を受けることに同意します。 平成　　年　　月　　日　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※添付書類（介護保険被保険者証の写し、要介護認定調査票の写し、直近3ヶ月分のサービス利用票の写し）

社会福祉法人　あかぎ万葉