

様式第1号 (指針第5の1)

記入上の留意点について

指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 「○○○○○○」入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
住所	〒 本人または家族 (身元引受人) の住所		
電話	上記電話番号	携帯電話	上記携帯電話番号
申込者氏名	本人または家族 (身元引受人) 印	続柄	本人・長男・長女等
入所対象者本人の同意の有無		有 ・ 無	○をつける

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理者となります。
 ※今後の連絡先とさせていただきます。

印鑑は2箇所

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ	フリガナ	性別	男・女 ○をつける
	氏名	利用を希望する方の氏名	生年月日	MTS 年 月 日
	介護保険被保険者番号	介護保険証の被保険者番号10ケタ	保険者	郡山市・須賀川市等
	要介護度	介護保険証に記載の介護度記入	保険者番号	介護保険証の市町村番号を記入
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒 利用を希望する方の住所
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()	介護保険証に記載の有効期間を記入	
現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 <input checked="" type="checkbox"/> 施設(病院)名称 () <input checked="" type="checkbox"/> 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 () <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー ()			
	該当箇所を チェック	入院・入所の方は病院 (施設)名とだいたい の時期を記入 在宅で生活されている方は担当の 事業所と担当の方を記入		
主たる介護者	フリガナ	フリガナ	性別	男 女
	氏名	主たる介護者の氏名	生年月日	MTS 年 月 日
	本人との関係	長男の妻・長女等	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒 主たる介護者の住所 (利用申込者と同居の場合は「同上」で可)		
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()	家族構成	2人暮らし 長男夫婦等
介護者の意見 (介護の困難事由)	※ 個別状況調査票入所希望の背景を参照でも可 ※ 率直なご意見を記入ください			
身元引受人	フリガナ	フリガナ	性別	男 女
	氏名	身元引受人になる方の氏名	生年月日	MTS 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒 身元引受人になる方の住所 (利用申込者と同居の場合は「同上」で可)		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
既に申し込んだ・今後申し込む予定のある施設をご記入ください。 (順番には影響がありません)				
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。			
	本人 印 上記を確認後、署名・捺印 家族(又は代理者) 印			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。