様式第1号

申込日	年　月　日	受付日	年　月　日

入 所 申 込 書

施設長　様

特別養護老人ホーム　☐ 恵福園　☐ 恵福園なかつ　☐ 恵福園ほくぶ

申込者（連絡先）

住　所	
（ふりがな） 氏　名	（入所希望者との続柄　　）
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者	（ふりがな）	性　別	男 ・ 女
氏　名		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日（　歳）
現 住 所	〒 電話番号　（　）		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
	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	年　月　日　～　年　月　日	
健康保険	（種別・記号番号）		
年 金 等	（種別）		
障 害 者	手帳の種類	（障害名：　）	
手 帳 等	判　定　級（度）　年　月　日		
現　況	☐自宅（単身・同居）		
	☐施設（病院）に入所（入院）中　名称　（　年　月　日～）		

医療の状況

☐経管栄養　☐カテーテル　☐ストマ（人工肛門）　☐酸素療法　☐インシュリン注射　☐透析
☐気管切開　☐その他（　）

現在治療中の病気

病　名	入院・通院医療機関名	期　間
		年　月　日～
		年　月　日～
		年　月　日～

既往症

病　名	入院・通院医療機関名	期　間
		年　月　日～　年　月　日
		年　月　日～　年　月　日
		年　月　日～　年　月　日

入所希望者の意向

☐今すぐに入所したい
☐　年　月頃までには入所したい

※他施設の入所申込み状況
☐　にのみ申し込んでいる
☐他の施設にも申し込んでいる
（他の施設名）

備考：介護保険証の写しを添付してください。

担　　当 介護支援専門員	氏　　名		連絡先	電話　　（　　）
	事業所名			

留意事項	**本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、或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。** **【連絡先】　特別養護老人ホーム恵福園** **電　　話　　025（765）3700** **ＦＡＸ　　025（765）3703** **担当者名　関谷　さちえ**

説明確認及び情報収集に係る　同　意	私は、貴施設への入所申込みに際し、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。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、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、また、関係市町村に報告提供することに同意します。 令和　　年　　月　　日 入所希望者　　㊞ 入所希望者の家族　　㊞

特例入所の要件・理由 （要介護1又は2の方が入所を申込む場合に記入ください。）	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止むを得ない事由 ☐　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 ☐　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 …… …… …… …… …… …… ……