

地域密着型特別養護老人ホーム 聚恵苑 入所申込書

(特養入所 ・ 短期入所)

社会福祉法人 敬仁会
 地域密着型特別養護老人ホーム聚恵苑
 施設長 様

申込日 令和 年 月 日

申込者 _____ 印 (続柄 _____)

住所 〒(_____)

電話 _____ 携帯 _____

※連絡のつながりやすい番号を記入してください

地域密着型特別養護老人ホーム聚恵苑へ入所したいので、次のとおり申込致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号									※介護保険証でご確認下さい											
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入下さい																			
	氏名																				
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性別	1. 男	2. 女								
		年			月			日 (歳)													
	要介護状態区分	要介護度		要支援					1 . 2 . 3 . 4 . 5												
		要介護認定申請中		申請日		年			月			日									
	認定有効期間	令和		年			月			日			～ 令和		年			月			日
住所	〒 _____																				
電話番号	(_____)					携帯番号			(_____)												
家 族 等 の 状 況	氏名	続柄	年齢	職業	同居等	所在地	連絡先・電話番号														
					同・別																
					同・別																
					同・別																

※要介護1・2の方(短期入所の申込者は不要)

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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が頻繁に見られる
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢又は虚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

特例入所申込理由記載欄(居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)

私は、上記入所申込者情報について、特別養護老人ホーム聚恵苑が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

対象者氏名 _____ 印 _____

申込者氏名 _____ 印 _____ 署名代行者氏名 _____ 印 _____

施設記入欄 【受付No. _____】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			