

施設長	事業所責任者	担当

申 込 日	受 付 日	受付番号
年 月 日	年 月 日	

(別紙1)

特別養護老人ホームしうんじ入所申込書

特別養護老人ホームしうんじ 施設長 様

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 氏名	(フリガナ).....	性別	男 ・ 女
		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(保険証の市町村名) 新発田市
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	
	認定年月日	年 月 日	
	認定期間	年 月 日から 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 日から)		
現在受けている 医療処置	☐ 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 ()		
担当介護支援専門員	事業所名	氏名	連絡先

介護度1または介護度2の方の入所を申し込む場合、申込者は下記の項目に該当するか確認し、該当する項目に印を付けてください。

☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られる

☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られる

☐ 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

私は、貴施設への入所の申し込みに際し、入所申込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、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅支援事業所、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。

申込者氏名

多床室を希望	住 所	〒 -
個室を希望		
多床室・個室 どちらでも良い	フリガナ	入所希望者との関係
	氏 名	
いずれかに○を記入して下さい	電話番号	

※入所希望者の生活の場や状態が変化した際は、連絡してください。