

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 二本松いわしろ紀行 入居申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	⑩	続 柄	
入居対象者本人の同意の有無		有	無

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
			保 険 者	
	介護保険被保険者番号		保険者番号	
	要 介 護 度		現住所	〒
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
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 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 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 ◇ 居宅介護支援事業所 () ◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
			同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	本人との関係		家族構成	
	現 住 所	〒		
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
介護者の意見 (介護の困難事由)				
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
			同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	連絡先(電話)		本人との関係	
現 住 所	〒			
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 :			
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。 <p style="text-align: right;">本 人 ⑩</p> <p style="text-align: right;">家族(又は代理人) ⑩</p>			

※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。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 二本松いわしろ紀行 入居申込書【記入例】

申込日	年 月 日←記入日	受付日	年 月 日
住所	〒964-0314 二本松市西勝田字杉内10番地		
電話	0243 (24) 5225	携帯電話	090 (0000) 0000
申込者氏名	藹々 太郎 (印)←忘れずに!!	続柄	長男
入居対象者本人の同意の有無		(有)	無

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居対象者の状況	フリガナ	アイアイ ハツコ	性別	男 (女)
	氏名	藹々 初子	生年月日	M T (S) 10年 4月 19日
	介護保険被保険者番号	0000000000	保険者	二本松市
	要介護度	要介護4	保険者番号	072108
	要介護認定期間	R〇〇年〇〇月〇〇日から R〇〇年〇〇月〇〇日まで	現住所	〒964-0314 二本松市西勝田字杉内10番地
	連絡先	電話 0243 (24) 5225 / 携帯電話 090 (0000) 0000		
	現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 (長男夫婦と同居) <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 (〇〇居宅介護支援事業所) ◇ 担当ケアマネージャー (二本松 菊子)		
主たる介護者	フリガナ	アイアイ ハナコ	性別	男 (女)
	氏名	藹々 花子	生年月日	M T (S) 36年10月20日
	本人との関係	長男妻	同居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒964-0314 二本松市西勝田字杉内10番地		
	連絡先	電話 0243 (24) 5225 / 携帯電話 080 (0000) 0000		
	介護者の意見 (介護の困難事由)	農家仕事で日中不在になることが多く、その間本人一人になってしまうが、認知症が進んで一人でいられなくなっている。デイサービスやショートステイを利用しているが、利用の範囲に限界があり、自宅での生活に限界を感じている。		
身元引受人	フリガナ	アイアイ タロウ	性別	(男) 女
	氏名	藹々 太郎	生年月日	M T (S) 33年10月 1日
	連絡先(電話)	090-0000-0000	同居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒964-0314 二本松市西勝田字杉内10番地		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input checked="" 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：申し込む予定だが、まだ未定 ◇ 施設名： ◇ 施設名： ◇ 施設名：			
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 藹々 初子 (印) ←忘れずに! 家族(又は代理人) 藹々 太郎 (印) ←忘れずに!			

※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。