

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		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者となります。

※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	T・S	年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 険 者		
	要 介 護 度		保険者番号		
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒	
	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	S・H	年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	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)				
	※要介護1または2の方については、裏面へのご記入をお願いします。				
身元引受人	フリガナ		性 別	男	女
	氏 名		生年月日	S・H	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	〒			
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。 <div style="text-align: right;">本 人 _____ 家族(又は代理者) _____</div>				

※①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。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください(裏面参照)。

要介護1および2の方の特例入居の要件について

①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必要があります。

以下について、ご自身の判断で該当と思われ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。

②上記該当と思われる内容について、ご本人やご家族の状況等を踏まえ、できるだけ具体的にご記載ください。