

(様式1) 特別養護老人ホームすもとの里 入所申込書
 特別養護老人ホームすもとの里 施設長 様

入所申込者(連絡先)

住所	〒
氏名	(フリガナ) (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。

入所希望者の状況	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	<input type="checkbox"/> 五泉市 <input type="checkbox"/> 新潟市
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日~)			
	特例入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)	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やむを得ない事由 <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等が頻繁に見られる <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 ----- -----			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()			
	健康状態 (既往歴・現病)	病名	医療機関名	発症年月日・入院期間	
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
同意書	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、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 _____ (印) 入所申込者 _____ (印)				