

入 所 申 込 書

小規模特別養護老人ホーム
第三やはぎ苑 施設長 様

年 月 日

入所希望者（申込者）		受付番号	
フリガナ		保 険 者	
氏 名		被保険者番号	
生年月日	T・S 年 月 日	要介護度	3 ・ 4 ・ 5
性 別	男 ・ 女	(特例)	(1 ・ 2)
認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
現 住 所	〒 電話番号 ()		
給付制限			
認定審査会 意 見			

注 介護保険被保険者証から転記してください（コピー添付の場合は、記入不要）。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、記入してください。）

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この文書により入所を申し込みます。
なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設へ連絡します。

時期	早急 ・ 平成 年 月 以降	申込予定	貴施設のみ・他施設にも申込み ヶ所（予定）
希 望 事 項	申 込 理 由 ・ 入 所 を 急 ぐ 理 由	<p>(理由について複数に該当する場合は、該当するものにすべて☑印を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/>1 施設入所により安心した生活を送りたい</p> <p><input type="checkbox"/>2 寝たきりなどにより、食事、排せつ、入浴等日常生活全般に介助が必要</p> <p><input type="checkbox"/>3 認知症などにより不適切な行動やコミュニケーションに困難がある</p> <p><input type="checkbox"/>4 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない</p> <p><input type="checkbox"/>5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/>6 利用したい在宅サービスが十分でない（複合型サービスなど）</p> <p><input type="checkbox"/>7 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/>8 住居が生活に適さないが住宅改修ができず、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/>9 その他の理由（具体的にお書きください）</p>	
	<p>(要介護1・2の場合は、以下の項目についても☑印を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/>10 認知症、知的障がい・精神障がい等により、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ため、居宅において日常生活を営むことが困難</p> <p><input type="checkbox"/>11 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難</p> <p><input type="checkbox"/>12 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。)</p>		
<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネジャー等へこの申込内容について情報提供及び照会を行い、また情報提供を受けることに同意します。</p> <p>また、入所申込みから入居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。</p>			
平成 年 月 日		入所申込者又は申込代理者 氏名	

※事務処理欄

申込日：平成 年 月 日	受付日：平成 年 月 日	受付者：
受付方法：来所	意思確認：平成 年 月 日	
受付簿記入者：	受付簿記入日：平成 年 月 日	
入所基準：標準 ・ 特例	特例事由市確認：平成 年 月 日	該当 ・ 非該当

