特別養護老人ホーム　入所申込書

受付日　平成　　年　　月　　日

申込者（連絡先）　※今後、郵便物などは下記の連絡先にお送りさせていただきます。

住　所：〒
氏　名：
電　話：

ﾌﾘｶﾞﾅ											生年月日：			
氏　名											男・女	認知症 高齢者自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
現住所	郵便番号	―									電話番号			
被保険者番号											保険者名			
要介護認定	□要介護１	□要介護２	□要介護３	□要介護４	□要介護５									
	認定期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日													
担当の居宅介護支援事業所等	事　業　所　の　名　称										担　当　者			
	ＴＥＬ													
健康保険	種　類													
年金の種類														
現況及び医療状況	□　自宅で一人で暮らしている　　□　自宅で家族と暮らしている													
	□　施設（病院）へ入所、入院中（名称　　）入所日　　年　　月　　日													
	□　［現在療養中の病名］													
入所を希望する理由	□　一人暮らしで在宅での生活が困難													
	□　介護者はいるが、在宅での生活は困難													
	□　単身であり、在宅での生活は一部困難													
	□　介護者がいるが、在宅での生活は一部困難													
	□　要介護度１・２だが、特例入所の要件に該当													
介護保険での在宅サービス利用率	月分　利用単位数　（内短期入所単位数）													
	月分　利用単位数　（内短期入所単位数）													
	月分　利用単位数　（内短期入所単位数）													
主たる介護者の状況	氏　名										男・女	本人との関係		
	同居の区分	□　同居　　□　別居（住所：　　）												
	意　見	（介護をしているうえで困っていること等）												
家族等の状況	家　族　図										氏　　名	続　柄	年　齢	備　　考
同　意　書	私は、特別養護老人ホームに入所申込みをするにあたり、施設内入所判定委員会での検討のため、保険者又は居宅介護支援事業所から必要事項の確認をすることに同意します。また要介護認定の介護度が１・２の場合、市町村の関与のもと、身体状況等の調査書を作成し、北アルプス広域連合老人ホーム等入所判定委員会において特例入所の必要性について調査審議することに同意します。 平成　　年　　月　　日 氏　名　　㊞　　（続柄　　）													