

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所申込書

特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼 施設長宛

【申込者(身元引受人)】

※該当する□に✓をご記入ください。

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日(歳)
住所	〒		
連絡先	①	②	

※①は日中ご連絡が取れる番号でお願いします。

【入所希望者】

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日(歳)	
住所	〒 連絡先			
介護保険	被保険者 番号		整理番号	
	保険者名	<input type="checkbox"/> 新潟市 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
健康保険	種別		記号(番号)	
年金等	種別			
障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有	名称		障害名
	<input type="checkbox"/> 無	種	級(度)	認定日 年 月 日
担当 介護支援専門員	氏名		事業所名	
	電話番号		所在地	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 同居) [利用中の介護サービス] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、下記に事業所名をご記入ください。 ・デイ()・ショート()・その他()			
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院中) 名称 (年 月 日~)			

入所希望者の意向	時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
	申し込み状況	<input type="checkbox"/> スマイルガーデン黒埼のみ <input type="checkbox"/> 他施設 施設名()
申し込み理由 (要介護3～5の方)	≪本人の状態と経過、家族の介護状況及び介護上の悩みや困っていることなど≫ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

※要介護1、2の方のみご記入ください。(チェックがない場合はお申し込みできません)

特例入所要件への該当に関する考え (要介護1、2の方)	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	
	(複数回答可) 該当する□に チェック	<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"/> 知的障がい・精神障がいを伴い、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 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

説明確認 及び情報 収集に関 わる同意	私は、施設の申し込みに際し、入所申込みから入所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、施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村・担当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に同意します。		
	年	月	日
	<u>入所希望者</u>		<u>印</u>
	<u>身元引受人</u>		<u>印</u>

※留意事項

- ・申し込みに際しては、入所申込書・介護保険証のコピー・介護支援専門員の意見書・フェイスシート(ADL状況表)をあわせてご提出またはご郵送ください。
- ・本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他施設へ入所した場合は必ず当施設にご連絡ください。

【連絡先】 特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼

電話 025-377-1722

FAX 025-377-1723

担当 生活相談員

- ・この申込書は入所希望者の状態等を把握するためのものです。
入所決定にあたっては、入所希望者の入所の必要性を当施設の受け入れ体制を入所検討委員会で検討のうえ決定されます。