

入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日	年 月 日
申込者	住所 〒
	(フリガナ) 氏名 ※(本人は不可)
	電話番号 ① ②
受付施設	

(フリガナ) 入居希望者 氏名	性別	男性 ・ 女性
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 歳

現住所	〒
	TEL

介護保険	介護保険番号	保険者	阿賀野市・阿賀野市外(
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 特列入居対象者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※裏面も記載	
	認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日	
	居宅支援事業所	介護支援専門員	

申請理由	
------	--

入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する ※下記の希望する施設にチェックしてください。	
	<input type="checkbox"/> 白鳥荘 (ユニット型個室のみ)	<input type="checkbox"/> やすだの里 (多床室・個室)
	<input type="checkbox"/> コスモスの里 (地域密着ユニット型個室・多床室・個室)	<input type="checkbox"/> はぐろの里 (多床室・個室)

健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢 (本人・扶養)
------	---

年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他()	老人医療受給	有・無
		障害手帳等	有・無

現況	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設に入所(施設名)()	入居日	H・R 年 月 日 ~
	<input type="checkbox"/> 入院中または療養病棟()病院()病棟	入院日	H・R 年 月 日 ~

カテーテル() 経管栄養(経鼻・胃ろう) インスリン(1日 回) 酸素療法 気管切開 肝炎
癌() 吸痰(1日 回) 人工透析 ストーマー(人工肛門) ペースメーカー その他()

現在治療中の病気

病名	入通院医療機関	期 間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

既往歴

病名	入通院医療機関	期 間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

◎主たる介護者

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住 所	携帯番号
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		

説明確認及び 情報収集にか かわる同意書	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 _____ 印</p>
----------------------------	---

問い合わせ先	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡して下さい。</p> <p>阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会</p> <p>入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当: _____ 電話番号 0250-62-9898</p>
--------	---

<p>特列入所の 要件・理由</p> <p>(※要介護1又 は要介護2の 方が入所を申 し込む場合に 記入して下さい)</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる <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 <p>上記の具体的な理由</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--