

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)利用申込書

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので下記の通り申し込みます。
なお、この申込書において虚偽等の記載内容の場合は、申し込みを無効とされても異議ありません。

申込年月日		平成 年 月 日		* 初回申込年月日		平成 年 月 日		
フリガナ								
施設サービス 利用希望者名		印						
住所		〒 (-)						
電話番号								
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			年齢 歳	性別	男・女		
フリガナ								
申込者名 ご家族の名前		印				続柄		
住所		〒 (-)						
電話番号 ※日中に連絡がつく所		自宅						
		携帯						
家族の 状況	☐ 身寄りなし			【家族構成】				
	主介護者名							
	生年月日		年 月 日					
	年齢							
	続柄							
第2連絡先		氏名			続柄			
住所		〒 (-)						
電話番号		自宅						
		携帯						
第3連絡先		氏名			続柄			
住所		〒 (-)						
電話番号		自宅						
		携帯						

介護認定	済み・更新中・変更中	保険者番号	
介護保険被保険者番号			
要介護状態	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	介護度3以上 変更年月日	平成 年 月 日
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
待機場所	在宅・病院・軽費・ケアハウス・養護・グループホーム・老健・医療療養型等・ 介護療養型等・特養・特定施設・住宅型有料・サ高住・その他()		
居宅介護事業所名			
居宅サービス利用状況			
かかりつけ医院名			
施設・病院名		利用(入院)開始年月	平成 年 月
加入医療保険	1. 後期高齢者医療 2. 国民健康保険(本人・家族) 3. 社会保険(本人・家族) 4. 生活保護 5. その他()		

該当するものに○をつける	1. 認知症による症状のため、日常生活に支障を来している。 2. 知的障害・精神障害等のため、日常生活に支障を来している。 3. 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。 4. 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。
具体的な状況	

申込み状況	希望施設の区分	従来型 ・ ユニット型 ・ どちらでも良い
	第1希望施設	【 】
	第2希望施設	【 】
	第3希望施設	【 】

● 次の事項について施設から説明を受けました

- ・入所申込から契約までの必要な手続き及び入所に当たっての注意事項についての説明。
- ・入所申込者の入所優先順位の決定方法についての説明。
- ・入所優先順位の見直しについての説明。
- ・申込書の内容に変更があった場合は、施設に連絡することについて説明。
- ・原則、要介護3以上が入所要件であり、やむを得ない事情がある場合に要介護1・2が入所対象となることについて説明。

● 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、その施設が第2、3希望である場合は、入所希望者が入院中である等の特別の事情がある場合を除き、入所優先順位名簿から削除されることに同意します。

● 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関の求めに応じて提供することに同意します。

● 上記に記入している申込済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印(続柄 _____)

申込受付施設		受付年月日	平成 年 月 日
申込受付担当者名			
職種	生活相談員 ・ ケアマネジャー ・ 事務員 ・ その他()		