

# 特別養護老人ホーム 潮光園 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

|    |         |
|----|---------|
| 〒  | -       |
| 住所 |         |
| 氏名 |         |
| 電話 | ( ) ( ) |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| ※特例入所の事由の有・無               |                            |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

特別養護老人ホーム 潮光園 に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|       |                                  |   |   |         |                             |  |  |  |  |
|-------|----------------------------------|---|---|---------|-----------------------------|--|--|--|--|
| 本人の状況 | 希望する居室(どちらでもよい場合は両方選んでください)      |   | ※保 険 者  |         |                             |  |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> ユニット型個室 |   | <input type="checkbox"/> 多床室  | 被保険者番号  |                             |  |  |  |  |
|       | (フリガナ)                           |   | 性別  |         |                             |  |  |  |  |
|       | 氏 名                              |   | 男・女   | 要介護度    | 1・2・3・4・5                   |  |  |  |  |
|       | 生年月日                             |   | 明・大・昭 年 月 日   | 要介護認定期間 | 平成・令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |  |  |  |  |
|       | 現住所                              |   | 〒 -   |         |                             |  |  |  |  |
|       | 現 況                              |   | <input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らししている<br><input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入してください<br>◇施設名または病院名 : _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____<br>◇入所又は入院時期 : _____ 年 月 から入所・入院している   |         |                             |  |  |  |  |
|       | 入所を希望する理由<br>(該当するものすべてを選んで下さい)  |   | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい<br><input type="checkbox"/> その他 |         |                             |  |  |  |  |
|       | 入所希望時期                           |   | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい  |         |                             |  |  |  |  |
|       | 医療の状況                            |   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( )<br>【現在治療中の病気・特記事項等】  |         |                             |  |  |  |  |
| 申込状況  |                                  | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定<br>◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( )<br>◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( ) |   |         |                             |  |  |  |  |

|        |        |  |   |        |               |  |  |  |  |
|--------|--------|--|---|--------|---------------|--|--|--|--|
| 主たる介護者 | (フリガナ) |  | 性別  | 本人との関係 |               |  |  |  |  |
|        | 氏 名    |  | 男・女   | 生年月日   | 明・大・昭・平 年 月 日 |  |  |  |  |
|        | 同居の区分  |  | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____) |        |               |  |  |  |  |
|        | 意 見    |  | 【介護をしているうえで困っていること等】  |        |               |  |  |  |  |

今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。

令和 年 月 日

本人又は介護者の氏名 : \_\_\_\_\_ 印

- ※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。
- ※「介護保険被保険者証(写)」、直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付してください。
- ※「特例入所の事由の有・無」の欄で「有」となる場合は裏面にその事由について記載してください。