

入 所 申 込 書 (兼・第一次判定調査票・要介護3以上)

申込み番号		申込者	氏 名				続柄
初回申込日	平成 年 月 日		住 所				生年月日
今回受付日	平成 年 月 日		電 話	自宅	携帯		

済生会 姫原特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡（介護保険証写しの送付等）いたします。また、申込み内容に、虚偽があった場合、順位が繰り下がっても異議は申し立てません。

入 所 希 望 者 の 状 況 調 査	フリガナ 氏 名		男・女	保 険 者						
				介護保険 被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護度	1	2	3	4	5	
	現住所	電話番号 ()		認定有効期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで				
	給付制限			認定審査会意見						
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦二人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅（同一敷地内含む）で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている （施設《病院》名： _____ 入所《入院》日： _____）								
	入所希望 の理由 該当する ものすべ てを選ん で下さい	<input type="checkbox"/> 家族が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が未就学の子や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が高齢（概ね65歳以上）で介護が困難なため （主な介護者名： _____ 年齢： _____ 歳） <input type="checkbox"/> 家族が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が他の者を介護しているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 注）施設や病院に入所（入院）の場合は、自宅での生活状況を想定してご記入下さい。								
医療の状況	※ 現在治療中の病気など、分かる範囲でご記入下さい。									

申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申込む（施設名： _____ ）
入所の意向（希望）	<input type="checkbox"/> 今すぐ入りたい <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 当面は希望しないが、必要になったときに入所したい。
在宅サービスの利用	<input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用している <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名（ _____ 担当者 _____ ） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー等）（ _____ ） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス等）（ _____ ） <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ等）（ _____ ） <input type="checkbox"/> 入所系（有料老人ホーム・グループホーム等）（ _____ ）

済生会 姫原特別養護老人ホームの入所基準の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込みに必要な「介護認定・入所申込調査に係る情報」を市町村又は他の特別養護老人ホーム等から得ること。
2. 入所申込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、情報を市町村へ提供すること。

平成 年 月 日

氏名（本人又は代理人） _____

印

※記載上の注意事項

1. 上記の太枠の中に必要事項をご記入ください。
2. 介護保険証の写し（コピー）を添付してください。

事務処理欄

施設長	事務長		主査