特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホームの入居を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入居希望施設	□桜井の里□□ੈ	桜井の里・絆	(個室の)み)	口分水の里	口はな	広場	(個室のみ)
(ふりがな)						性	別	
氏 名						男	•]	女
生 年 月 日	大正・昭和	年		月	В	(歳)
住所	= -							
	氏名				(糸	売柄)		
	=							
	住所							
申込者								
	自宅電話番号	() —	-	_		
	携帯電話番号	() —	-	_		
	勤務先: <u></u>							
^=#/DIV-#-/DIV-#	勤務先電話番号	<u> </u>) — Tub-		- + /7 \		
介護保険被保険者番号								
		西人类 4 「			У □ क /	\=# <i>1</i>		<u>^</u> # 0
一			」 要介		※□ 要が ミスため	〕護1	□ 要:	介護2
要介護度	 ※要介護 1、要介	1護2の方は	特例入戶	居に当た	こるため、			
要介護度 認定有効期間		1護2の方は	特例入月 こあた :	居に当た	こるため、 体的要件 」			
	※要介護 1、要介 裏面 「特例入 周	r護2の方は を申請する (特例入月 こあた :	居に当た っ ての 具	こるため、 体的要件 」 令和	を記入	.してT	でさい。
認定有効期間	※要介護 1、要介 裏面 「特例入 局 令和 年	r護2の方は を申請する (特例入月 こあた :	居に当た っ ての 具 から	こるため、 体的要件 」 令和	を記入	.してT	でさい。
認定有効期間 担当ケアマネージャー	※要介護 1、要介 裏面「特例入局 令和 年氏名/	r護2の方は を申請する (特例入月 こあた :	居に当た っ ての 具 から	こるため、 体的要件 」 令和	を記入	月	でさい。
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等)	※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年氏名/事業所名/利用施設名:	r護2の方は を申請する (特例入月 こあた :	居に当た っ ての 具 から	Eるため、 体的要件」 令和	を記入年	月	でさい。
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中	※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年氏名/事業所名/利用施設名:	i護2の方は を申請する 月	特例入り こあた : 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中	※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年氏名/事業所名/利用施設名:	i 護 2 の方は を申請する 月 年	特例入り にあた : 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中 月
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中	※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年氏名/事業所名/利用施設名:	i 護 2 の方は を申請する 月 年 (事業所名:	特例入り こあた : 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中 月
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中 在宅サービス利用	 ※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年 氏名/ 事業所名/ 利用施設名: ロショートステイロディサービスロール規模多機能口訪問看護 	i 護 2 の方は 居を申請する 月 年 (事業所名: (事業所名:	特例入 に あた : 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中 月
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中 在宅サービス利用	 ※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年 氏名/ 事業所名/ 利用施設名: ロショートステイローディスロール規模多機能の助問看護の訪問看護の訪問介護 	ででは を申請する 月 年 (事業所名: (事業所名: (事業所名: (事業所名: (事業所名:	特例入 にあた : 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中 月
認定有効期間 担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等) 施設入居中 在宅サービス利用 利用中のサービス ※該当するもの全て	 ※要介護 1、要介 裏面「特例入居 令和 年 氏名/ 事業所名/ 利用施設名: ロショートステイロディサービスロール規模多機能口訪問看護 	i 護 2 の方は を申請する 月 年 (事業所名: (事業所名: (事業所名: (事業所名: (事業所名:	特例入 こあた: 日 月	居に当た o ての 算 から TEL	Eるため、 体的要件」 令和	年年	月	でさい。 日 から入居中 月

医療の状況		口在宅酸素 ロインシュリング (人口肛門) 口気管切開 ロラ		 □透析)				
既 往 症	病名	入院•通院医療機関名	期間					
現在治療中の病気	病名	入院•通院医療機関名	期間					
かかりつけ医師名		医療機関名(医院•病院)						
その他	口施設の申し込みは当該施設のみ 口他の施設も申し込んでいる 概に申し込んでいる施設名							
入居希望時期	□ 今すぐ入居を希望	する 🗆 令和 年	月頃までに入居を希望	する				
※要介護 1・2 の方が記入特例入居を申請するに当たっての具体的要件※該当する項目に図をつけてください	 □ 認知症であることにより、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、在宅生活が困難である。 □ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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、在宅生活が困難な状況である。 □ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、身心の安全・安心の確保が困難な状態である。 □ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。 							
※要介護1・2の方が記入 上記で図した項目につい て状況と入居を希望する 理由を具体的に記入して ください。								
※要介護3・4・5の方が記入 現在の介護状況と入居を 希望する理由を具体的に 記入してください。								
特 記 事 項 (受付施設が記入)	※社会活動経験の確認	(ボランティア等の経験)						

申込受付年月日: 令和 年 月 日 申込受付者______