

記入例

(特別養護老人ホーム 鹿助荘)

入 所 申 込 書

申込年月日		令和 ○年 ○月 ○日		受付番号	
入 所 申 込 者	フリガナ	ロクスケ タロウ		明治・大正・昭和	
	氏名	鹿助 太郎		生年月日	○年 4月 1日 (89歳) 性別 ○男・女
	住所	〒番号(×××-××××) 福岡市南区○○△丁目△-△		電話番号	092(×××)××××
	連絡先	〒番号(-) 福岡市城南区○○△丁目△-△老人保健施設××内		電話番号	092(×××)××××
	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	××××××××××
	要介護度	1・2・3・4・5		有効期間	令和×年×月×日~令和×年×月×日
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他() ○○年 ○月頃 より 施設名【 老人保健施設 ×××× 】			
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ	ロクスケ イチロウ		続柄	長男 備考
	氏名	鹿助 一郎			
	住所	〒番号(×××-××××) 福岡市南区○○△丁目△-△		電話番号	092(×××)××××
	連絡先1	〒番号(-)		電話番号	090(××××)××××
連絡先2	〒番号(-)		電話番号	()	
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名	居宅介護支援センター○○○		事業者番号	××××××××××
	住所	〒番号(×××-××××) 福岡県福岡市南区○○△丁目△-△		電話番号	092(×××)××××
	フリガナ 担当者名	タムラ アキコ 田村 明子		備考	
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	特別養護老人ホーム ○○苑		申込 予定・済	済 (申込時期 ○○年 ○月頃)
	施設名2	特別養護老人ホーム ○○苑		申込 予定・済	済 (申込時期 ○○年 ○月頃)
	施設名3			申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)
入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい				

【説明確認及び同意書】

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あたっての注意事項について
- 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- 入所優先順位の見直しについて
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- 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、入所優先順位名簿から削除されること
- 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等の求めに応じて提供すること
- 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

令和 ○年 ○月 ○日 氏名 鹿助 一郎 (続柄 長男)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- 認知症である者であって、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ること
- 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ること
- 家族等により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こと。
- 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こと。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			