

施設長	相談員	受付者

特別養護老人ホーム「会津みどりホーム」入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
住所			
電話	()	FAX	()
申込者氏名	続柄		
入所申込者本人の同意の有無	有 無		

※原則として入所申込み者は本人又は身元引受人となります。 ◆入所居室の希望に○を付けて下さい
 ※今後の連絡先とさせていただきます。 1.個室 2.多床室 3.どちらでも可

貴施設に入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ氏名		性別	男 女
			生年月日	M T S 年 月 日
	介護被保険者番号		介護保険者	
	要介護度	1・2・3・4・5	現住所	〒
	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	<input type="checkbox"/> 単独世帯 <input type="checkbox"/> 老人世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入所(院)中 ◇施設(病院)名称() ◇入所(院)の時期(年 月 日から)			
主たる介護者	フリガナ氏名		性別	男 女
			生年月日	M T S 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒		
	連絡先	電話 () / FAX ()		
	要介護1又は2の場合、指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由を必ず記入(チェック)して下さい。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 知的・精神障害を伴い、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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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。			
身元引受人	フリガナ氏名		性別	男 女
			生年月日	M T S 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒		
	連絡先	電話 () / FAX ()		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる・今後申込む(特養のみ) ◇既に申込済施設名() ◇今後申込予定施設名()			
居室	◇居室介護支援事業所名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ◇介護支援専門員氏名()			
同意書	以上は、特別養護老人ホーム会津みどりホーム入所に関する実施要項の説明を書面により受け、同意の上、申し込みしたものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員や医療機関・介護保険施設等による調査の受入や、保険者、居室介護支援事業者等介護保険事業者から資料又はサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 本人(代筆可) 印 家族(又は代理人) 印			