

(別紙1)

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

入所申込書

特別養護老人ホーム 遊生の園 施設長 様

申込者(連絡先)

遊生会の他特養を同時に申し込む場合は、希望する施設名の口に✓を入れて下さい。

遊生の森(岩室) 遊生の里(巻)

住所	〒
(フリガナ)氏名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ)	性別	男・女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
現住所	〒 電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者名	新潟市・他()市
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
※介護保険被保険者証のコピーを添付して下さい			
健康保険	(種別) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 (記号番号)		
年金等	(種別) (年金額) 円/月		
障がい者手帳等	手帳の種類 (障がい名:) 判定 級(度) 年 月 日		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日~)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
			年 月 日~
既往症			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他施設の申し込み状況 <input type="checkbox"/> 「遊生の園」にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)		
担当介護支援専門員	氏名	連絡先	
	事業所名		

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居世帯		<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯		
	<input type="checkbox"/> 家族と暮らしている				
	同一生計者氏名	続柄	生年月日	職業	勤務地・連絡先等
	別世帯の子の氏名	続柄	生年月日	職業	住居地・勤務先等

留意事項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>				
	【連絡先】		特別養護老人ホーム 遊生の園		
	電話	025	(201)	6539	
	ファックス	025	(201)	6639	
	担当者名	生活相談員 荏原 嗣博			

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p>				
	令和	年	月	日	
	入所希望者				(印)
	入所希望者の家族				(印)

特例入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p>				
	<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みられる				
	<input type="checkbox"/> 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みられる				
	<input type="checkbox"/> 家族等による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				
	<input type="checkbox"/> 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				
	<p>上記要件の具体的な理由</p>				

