

- 特別養護老人ホームいなほの郷 入居申込書
 特別養護老人ホームいなほの郷下山 入居申込書

希望する施設に☑してください

受付番号 受付日 令和 年 月 日

入居申込者	氏名	続柄	住所	電話番号
			〒	自宅 携帯

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者 氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女		
		生年月日	大正・昭和	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			
	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	年 月 日 ~ 年 月 日			
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	利用者負担限度額認定証	無 ・ 有	
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 生活保護		障害者手帳	無 ・ 有	
年金等	本人の収入 無 ・ 有 年金の1年間の総額 約 円				
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 医療機関名： <input type="checkbox"/> 施設に入所中 施設名：				
医療状況	<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"/> 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 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
既往歴	既往歴				
	病名	入院・通院医療機関名	期 間		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい 他の入居申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ※申し込まれている施設名をご記入ください ()				
身元引受人	氏名 (フリガナ)	続柄	住所	電話番号	
			〒		
勤務先	TEL				

家族構成（同一生計者・住民票上の同居者）				
氏名	続柄	性別	年齢	職業（勤務先）・電話番号

同居していない扶養義務者（入居希望者の子）					
氏名	続柄	性別	年齢	職業	自宅住所・電話番号

入居希望者の生活歴及び職業歴等

--

担当 介護支援 専門員	氏名	事業所名	電話番号

【説明確認及び情報収集に係わる同意】

私は、貴施設への入居申込みの際、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私（入居希望者及びその家族）に関する情報を市町村、担当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に同意します。

令和 年 月 日

入居希望者 印

入居希望者の家族 印

【留意事項】

- （１）申込みに際しては、必ず介護保険証の写し及び介護支援専門員の意見書、現況確認用紙を添えてください。
- （２）本入居申込書に記入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居した場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡先 特別養護老人ホームいなほの郷 電話 ０２５－２７８－５５１５

担当者名 生活支援課 高橋智子 鈴木真由美

特別養護老人ホームいなほの郷下山 電話 ０２５－２９０－７１６０

担当者名 生活支援課 山口純子