

施設長	課長	相談員	担当	介護士 介護士 特例入 その他	写し 職員意見書 望意見書	<input type="checkbox"/> 他施設入所 <input type="checkbox"/> 申込取消 <input type="checkbox"/> 終了
						年 月 日

記入例

社会福祉法人二王子会

特別養護老人ホーム 入所利用申込書

記入日 令和 〇年 〇月 〇日

受付印 (施設使用欄)	申請者 (連絡先)	氏名	フリガナ ニノウジ タロウ 二王子 太郎	入所希望者との続柄	長男
	住所	〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号			
	電話番号	自宅	(0254) 23-3166		
		携帯	(090) 1234-0000		
希望施設	二の丸 (新発田市)	とっさか (胎内市)	つきおかの里 (新発田市)	※入所を希望される施設に〇印を、希望されない場合は、×印を付けて下さい。	
	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

貴法人の特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	入所希望者氏名	フリガナ ニノウジ ハナコ 二王子 花子	生年月日	大正・昭和 8 年 8 月 8 日	
	住所	〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号	性別	男・女	
	介護保険	被保険者番号	123456789	年齢	満 〇〇 歳
		要介護度	1 2 3 4 5		
	◎介護保険証の写しを添付して下さい。				
	負担割合	1割・2割・3割	認定有効期間	令和〇年 △月 ×日 まで	
	担当 介護支援専門員	〇〇 △△	事業所名	居宅介護支援〇〇	
	医療保険	後期高齢者医療被保険者証・健保・国保・共済・組合・生保 [担当者:]			
年金	無・有	金額 約 [8] 万円/月			
種類	国民・厚生・老齢・障害・遺族・恩給・その他 []				
身障手帳	無・有	[] 種 [] 級	障害名 []		
現況	自宅・入院中・施設入所中 [病院・施設名: 老人保健施設〇△]				
申請理由	【利用者の状態と家庭介護の状況】 令和〇年〇月、母が脳梗塞が原因で寝たきりとなり、介護が必要な状態となる。日中はホームヘルパーを依頼する他は、全て妻と共に介護にあたってきましたが、共働きのため身心ともに疲れ果て、限界を感じていました。現在、老人保健施設〇△にお世話になっています。今後、自宅に戻って生活することは難しく経済的な心配もあるため、この度、入所利用の申請をしました。 入所希望施設は、早期入所が可能であればどの施設でも構いません。				
生活歴および職歴	約40年間〇〇役場に勤務し、定年退職後は悠々自適の生活を送り、夫と共に園芸を趣味としていました。性格は穏やかでした。夫が亡くなると、アルコールを常飲するようになり、持病の高血圧とあいまって、令和〇年〇月脳梗塞により倒れました。その後は寝て過ごすことが多くなりました。しばらく、ホームヘルパーを利用してながら、なんとか自宅で生活をしていましたが、介護が困難となり、現在、老人保健施設に入所中。				

医療状況	・経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） ・インスリン ・フォーレ・ストマ（人工肛門）・吸痰（1日 回） 人工透析・気管切開・酸素療法・床ずれの処置・その他〔 〕			
	現在治療中の病気	高血圧、糖尿病、貧血		
	主治医	医療機関名	△△内科医院	担当医 △△ ○○
日常生活の状況	移動方法	〔独歩・杖・シルバーカー・歩行器 ・車椅子 ・リクライニング車椅子〕 自立・見守り・一部介助・全介助		
	食 事	自立・ なんとか一人で ・見守り・一部介助・全介助・経管栄養		
	排 泄	〔トイレ・ポータブルトイレ・尿便器・オムツ交換〕 自立・見守り ・一部介助 ・全介助		
		〔布パンツ ・リハビリパンツ ・オムツ・フォーレ・ストマ〕		
	入 浴	〔家庭浴・一般浴 ・特殊浴槽 〕 自立・一部介助 ・全介助		
	着脱衣	自立 一部介助 ・全介助		
	起 座	自立 一部介助 ・全介助		
	寝 返 り	自立・一部介助 ・全介助		
	視 力	問題ない ・見えづらい・殆ど見えない・見えない		
	聴 力	問題ない ・聞こえづらい・殆ど聞えない・聞こえない		
	会 話	できる ・簡単な内容なら できる・意志疎通できない・返事のみ・発語なし		
	床 ず れ	無 ・有 〔部位： 右臀部 〕		
徘徊	無 ・居室内・屋内・屋外			

※ 続柄は、入所希望者ご本人からみた続柄をご記入下さい。

家族構成（同一生計者）	氏 名	続 柄	性 別	生年月日	勤務先・電話番号
	入所希望者ご本人	本人			
	二王子 太郎	長男	男 ・女	大・ 昭 ・平・令 ○年 ○月 ○日	株式会社○○○運輸 23-1111
	二王子 春子	長男の妻	男・ 女	大・ 昭 ・平・令 ○年 ○月 ○日	株式会社□□□食堂 26-2222
	二王子 一郎	孫	男 ・女	大・昭・ 平 ・令 ○年 ○月 ○日	大学生
			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	

身元引受人	氏 名	住所・電話番号	勤務先・電話番号
	二王子 太郎 〔続柄 長男 〕	〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 自宅 (0254) 23-3166 携帯 (090) 1234-0000	株式会社○○○運輸 (0254) 23-1111

緊急連絡先	氏 名	住所・電話番号	勤務先・電話番号
	二王子 春子 〔続柄 長男の妻 〕	〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 自宅 (0254) 23-3166 携帯 (090) 0011-0000	有限会社□□□食堂 (0254) 26-2222

説明確認および 情報収集に係る 同意	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの事務手続きおよび入所順位の決定方法について、貴施設から説明を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、貴施設への入所申込に際し、私（入所希望者およびその家族）に関する情報を、市町村、担当包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設およ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いたします。 令和 ○年 ○月 ○日		
	入所希望者	二王子 花子	
	入所希望者の家族	二王子 太郎	