

施設使用欄					
施設長	課長	相談員	担当	<input type="checkbox"/> 介護保険証写し	<input type="checkbox"/> 他施設入所
				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員意見書	<input type="checkbox"/> 申込取消
				<input type="checkbox"/> 特例入所希望意見書	<input type="checkbox"/> 終了
				<input type="checkbox"/> その他	年 月 日

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 年 月 日

受付印 (施設使用欄)	申請者 (連絡先)	氏名	フリガナ		入所希望者との続柄	
		住所	〒 -			
		電話番号	自宅	()	—	
			携帯	()	—	
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○印を、希望されない場合は、×印を付けて下さい。

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	生年月日	大正・昭和 年 月 日					
			性別	男・女	年齢	満	歳		
	住所	〒 -		電話番号	() -				
	介護保険	被保険者番号		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 年 月 日 まで			
	医療保険	担当 介護支援専門員		事業所名					
	年金	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:]							
	身障手帳	無・有	金額 約 [] 万円/月						
		種類	国民・厚生・老齢・障害・遺族・恩給・その他 []						
現況	無・有	[] 種 [] 級 障害名 []							
現況	自宅・入院中・施設入所中 [病院・施設名:]								

申請理由	【利用者の状態と家庭介護の状況】
------	------------------

生活歴および職歴	
----------	--

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）			
	・ペースメーカー・床ずれの処置・気管切開・酸素療法・人工透析・その他〔 〕			
	現在治療中の病気			
	主治医	医療機関名	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	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	無・有〔部位： 〕		
	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			
			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
			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	
	〔続柄〕	〒 ー 自宅（ ） ー 携帯（ ） ー		（ ） ー	
緊急連絡先	氏 名	住所・電話番号		勤務先・電話番号	
	〔続柄〕	〒 ー 自宅（ ） ー 携帯（ ） ー		（ ） ー	
説明確認および情報収集に係る同意	<input 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 _____ (印) 入所希望者の家族 _____ (印)				