（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はるか・はるか高町　施設長　様

申込者（連絡先）

| | |
|---|---|
| 住　所 | 〒　　－ |
| （ふりがな）<br>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<br>氏　名 | （ふりがな） | | 性　別 | 男　・　女 |
| | | | 生年月日 | 大正・昭和　　年　月　日 |
| 現住所 | 〒　　－<br>電話番号　　（　　） | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | | 保険者名 | |
| | 要介護度 | □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ | | |
| | 認定期間 | 年　月　日　～　年　月　日　＜負担割合＞　１割・２割・３割 | | |
| 健康保険 | （種類・記号番号） | | | |
| 年　金 | （種　別） | | | |
| 障害者<br>手帳等 | 手帳の種類 | （障害名：　　） | | |
| | 判定　　級（度） | 判定年月日　　年　月　日 | | |
| 現　況 | □自宅で生活（一人暮らし・家族と同居） | | | |
| | □施設（病院）に入所（入院）中　　施設/病院名（　　） | | | |
| 医療の情報 | □経管栄養　□カテーテル　□ストマ（人工肛門）　□インシュリン注射　□透析<br>□酸素療法　□気管切開　□その他（　　）<br>＜現在治療中の病気＞<br>（病　名）　（入院・通院医療機関名）　（期　間　「いつ頃から」）<br>＜既往歴＞<br>（病　名）　（入院・通院医療機関名）　（期　間　「いつ頃から」） | | | |
| 入所希望者<br>の意向 | □今すぐ入所したい　□（　　年　月）頃までには入所したい<br>＜他施設の入所申し込み情報＞<br>□他施設は申し込んでいない　□他の施設にも申し込んでいる（今後、予定がある）<br>（他の施設名） | | | |

| 担　当<br>介護支援専門員 | 氏　　名 | | 連絡先 | 電話　　（　　） |
|---|---|---|---|---|
| | 事業所名 | | | |

| 現在利用内容 | サービス区分 | サービス利用機関名 | 利　用　状　況 |
|---|---|---|---|
| | 訪　問　介　護 | | 回／週 |
| | 訪　問　看　護 | | 回／週 |
| | 通　所　介　護 | | 回／週 |
| | 通所リハビリ | | 回／週 |
| | 短　期　入　所 | | 日間／1か月 |
| | そ　の　他 | | |

| 留意事項 | 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。<br><br>【連絡先】　特別養護老人ホーム　はるか<br>特別養護老人ホーム　はるか高町（サテライト型）<br>電　話　　０２５８－３８－０８５０<br>ＦＡＸ　　０２５８－３２－２００８<br>担当者　　生活相談員 |
|---|---|

| 説明確認及び情報収集に係る同意 | 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申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。<br><br>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、私（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。<br><br>年　　月　　日<br><br>入所希望者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）<br><br>入所希望者の家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印） |
|---|---|

| 特例入所の要件・理由<br><br>（要介護１又は要介護２の方が入所を申込む場合に記入してください。） | 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<br>（該当するもの**全てに「レ」**をつけて下さい。）<br>□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<br>□知的障害・精神障害等を伴い、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見られる<br>□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<br>□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<br><br>上記要件の具体的な理由（以下に記入下さい） |
|---|---|