特別養護老人ホーム入居申込書

施設長	副施設長	事務員	担当者	受付者

特別養護老人ホーム明山荘　　施設長様

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

申込者連絡先	フリガナ		〒 住所		
	氏名				
	続柄				
	電話番号		携帯		

本人の状況	(フリガナ)		性別	介護保険者番号								
	氏　名		男・女	被保険者番号								
	生年月日	明 大 昭　　年　　月　　日		要介護度	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
	要介護認定期間	H・R　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで		介護保険負担限度額認定証	段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4						
	自宅住所	〒		電話番号								
	利用している居宅介護支援事業所名			担当ケアマネージャー名								
	現況	□ 自宅で一人暮らし　□高齢者世帯　□ 自宅で家族と暮らしている □ 他の施設や病院に入っている ＊下記にご記入下さい。										
		施設・病院の名称	＊病院(一般入院・療養)	所在地	〒							
		入居又は入院期間	H・R　年　月から(　年　ヶ月)									
	入居申込理由	□ 介護者がいないため										
		□ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため										
		□ 介護する者が遠方に居住又は長期入院中で十分な介護が困難なため										
		□ 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため										
		□ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が出来ないため										
		□ 介護する者が複数の要介護者に介護又は育児を提供しなければならず、十分な介護が困難なため										
		□ 施設・病院等から退居を求められているが、自宅での介護が困難なため										
		□ その他(										
	本人の入居意向	□ 希望・納得している　□ 知らせていない　□ 認知力低下により理解困難										
	居室希望	□ 個室を希望する　□多床室を希望する										
	入居希望時期	□ 早期希望　□　　年　月頃までに入居したい										
	医療の状況	□ 経管栄養（胃ろう・経鼻・その他）□ 在宅酸素　□ インシュリン注射　□ その他 【 現在治療中の病気・特記事項等】										

同意欄	今後、入居申込状況等について必要に応じ行政機関（保険者である市町村若しくは山梨県）に報告することに異議なく同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏名　　印

注1 要介護度などの要件や他施設に入居されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせ下さい。
注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡する場合があります。
注3 入居申込時に介護保険証のコピーを添付してください。

住　所　〒408－0204 山梨県北杜市明野町上手520　☎ 0551－25－2512