

別紙（第3条関係）表

| | | | | | | | |
|-------|---|---|---|-------|---|---|---|
| 申 込 日 | 年 | 月 | 日 | 受 付 日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|-------|---|---|---|

指定介護老人福祉施設入所申込書

社会福祉法人 小千谷北魚沼福祉会 理事長 様

申 込 者（連 絡 先）

| | | | | | | | | | |
|---------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | | | |
| 氏 名 | (入所希望者との続柄:) | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | | | | | | | |
| 携 帯 電 話 | | | | | | | | | |

貴法人の次の施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | |
|-------------|--|---|---------------|
| 入所申込施設 | <input type="checkbox"/> 両施設とも <input type="checkbox"/> 小栗田の里のみ(小千谷市) <input type="checkbox"/> あおりの里のみ(長岡市川口) | | |
| (フリガナ) | | | |
| 入所希望者氏名 | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 生 年 月 日 | 明治 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 | |
| 健 康 保 険 | (種別・記号番号) | | |
| 年 金 等 | (種別) | | |
| 障 害 者 手 帳 等 | 手帳の種類 _____ (障害名:) 判 定 _____ 級(度) 交付年月日 _____ 年 月 日 | | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 ・ 名称 _____ (年 月 日~) | | |
| 医 療 の 状 況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <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 日 ~ |
| | | | 年 月 日 ~ |
| 既 往 歴 | 病 名 | | |
| | 入院・通院医療機関名 | 期 間 | |
| | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 入所希望者の意向 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃までには入所したい <input type="checkbox"/> 小千谷北魚沼福祉会以外の施設にも申し込んでいる (他 の 施 設 _____) | | |

| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業(勤務先)・電話番号 | 備考 |
|-----------------------|----|----|------|--------------|----|
| 同一生計者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 同居していない扶養義務者(本人の子供など) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 生活歴及び職歴 | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|-------|--|-----|-----|---|
| 担当(居宅)介護支援専門員 | 事業所名 | | | | |
| | 担当者氏名 | | 連絡先 | () | - |

| | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|
| 留意事項 | <p>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、必ず次のいずれかの連絡先に連絡をして下さい。</p> <p>【連絡先】 特別養護老人ホーム 小栗田の里 電話番号0258-83-2100 FAX 0258-83-2164</p> <p>特別養護老人ホーム あおりの里 電話番号0258-89-4880 FAX 0258-89-4881</p> | | | | |
|------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|
| 説明確認及び情報収集に係る同意 | <p>私は、貴法人の各施設への入所申込みの際し、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担当者から説明を受けました。</p> <p>なお、貴法人が入所順位決定のため必要な範囲において、わたし(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。</p> <p>年 月 日</p> <p>入所希望者 _____ (印) 入所希望者の家族 _____ (印)</p> | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 特例入所の要件への該当に関する考え(要介護1又は要介護2の方が入所を希望される場合に記入してください。) | <p>入所希望者が、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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である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</p> <p>上記要件の具体的な理由</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|