

# 記入例

## 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)「聖・星の郷」

|               |                         |      |               |
|---------------|-------------------------|------|---------------|
| 申込日           | 令和 年 月 日                | 受付日  | 令和 年 月 日      |
| 住所            | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 福島市〇〇町〇〇丁目〇番地 |      |               |
| 電話            | 024(〇〇〇)1234            | 携帯電話 | 090(〇〇〇〇)5678 |
| 申込者氏名         | 福島 一郎 (印)               | 続柄   | 長男            |
| 入所対象者本人の同意の有無 |                         | 有    | (無)           |

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

※ご本人の意思確認ができない場合は無となります。

|          |   |   |       |  |
|----------|---|---|-------|--|
| 入居対象者の状況 | フリガナ  | フクシマ イチ   | 性別    | 男 (女)  |
|          | 氏名  | 福島 イチ   | 生年月日  | (M)TS 45年 12月 1日   |
|          | 介護保険被保険者番号  | 12345678990   | 保険者   | 福島市  |
|          | 要介護度  | 3   | 保険者番号 | 72017  |
|          | 要介護認定期間   | 令和 3年 4月 1日から<br>令和 4年 3月 31日まで   | 現住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇  |
|          | 連絡先   | 電話 024(〇〇〇)1234 / 携帯電話 090(〇〇〇〇)5678  |       |  |
|          | 現況  | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中<br>◇ 施設(病院)名称 ( 〇〇〇ケアセンター )<br>◇ 入所(院)の時期(令和 3年 4月 1日から)<br><input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中<br>◇ 居宅介護支援事業所 ( 〇〇〇居宅 )<br>◇ 担当ケアマネージャー ( 輝き 太郎 ) |       |  |
| 主たる介護者   | フリガナ  | フクシマ ハナコ  | 性別    | 男 (女)  |
|          | 氏名  | 福島 花子   | 生年月日  | MT(S) 年 月 日  |
|          | 本人との関係  | 子の妻   | 同居の別  | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 |
|          | 現住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 福島市〇〇町〇〇丁目〇番地   |       |  |
|          | 連絡先   | 電話 024(〇〇〇)1234 / 携帯電話 090(〇〇〇〇)5678  |       |  |
|          | 介護者の意見(介護の困難事由)   | 夫婦のみの老人世帯で夫も高齢で体が弱く介護が困難。子供達も夫婦共働きで訪問できない。  |       |  |
| 身元引受人    | フリガナ  | フクシマ イチロウ   | 性別    | (男) 女  |
|          | 氏名  | 福島 一郎   | 生年月日  | MT(S) 年 月 日  |
|          | 連絡先(電話)   | 024(〇〇〇)1234  | 同居の別  | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 |
|          | 現住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 福島市〇〇町〇〇丁目〇番地   |       |  |
| 申込状況     | <input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む<br><input checked="" type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定<br>◇ 施設名: 〇〇〇ホーム ◇ 施設名:<br>◇ 施設名: 〇〇〇の郷 ◇ 施設名:                                   |   |       |  |
| 同意欄      | 以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。<br>また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。<br>本人 福島 イチ (印)<br>家族(又は代理人) 福島 一郎 (印) |   |       |  |

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

# 入居申込書

## 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)「聖・星の郷」

|               |          |      |          |
|---------------|----------|------|----------|
| 申込日           | 令和 年 月 日 | 受付日  | 令和 年 月 日 |
| 住所            | 〒        |      |          |
| 電話            | ( )      | 携帯電話 | ( )      |
| 申込者氏名         | (印)      | 続柄   |          |
| 入所対象者本人の同意の有無 |          | 有    | 無        |

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

|          |   |  |       |   |
|----------|---|--|-------|---|
| 入居対象者の状況 | フリガナ  |  | 性別    | 男 女   |
|          | 氏名  |  | 生年月日  | MTS 年 月 日   |
|          | 介護保険被保険者番号  |  | 保険者   |   |
|          | 要介護度  |  | 保険者番号 |   |
|          | 要介護認定期間   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで   | 現住所   | 〒   |
|          | 連絡先   | 電話 ( ) / 携帯電話 ( )  |       |   |
|          | 現況  | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ( )<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中<br>◇ 施設(病院)名称 ( )<br>◇ 入所(院)の時期(令和 年 月 日から)<br><input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中<br>◇ 居宅介護支援事業所 ( )<br>◇ 担当ケアマネージャー ( ) |       |   |
| 主たる介護者   | フリガナ  |  | 性別    | 男 女   |
|          | 氏名  |  | 生年月日  | MTS 年 月 日   |
|          | 本人との関係  |  | 同居の別  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|          | 現住所   | 〒  |       |   |
|          | 連絡先   | 電話 ( ) / 携帯電話 ( )  |       |   |
|          | 介護者の意見(介護の困難事由)   |  |       |   |
| 身元引受人    | フリガナ  |  | 性別    | 男 女   |
|          | 氏名  |  | 生年月日  | MTS 年 月 日   |
|          | 連絡先(電話)   |  | 同居の別  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|          | 現住所   | 〒  |       |   |
| 申込状況     | <input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む<br><input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定<br>◇ 施設名: ◇ 施設名:<br>◇ 施設名: ◇ 施設名:   |  |       |   |
| 同意欄      | 以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。<br>また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。<br>本人 (印)<br>家族(又は代理人) (印) |  |       |   |

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。