入 所 申 込 書

※施設記入欄

受付	①	②	③	④	⑤	⑥

申込施設	☐ 安寿苑　☐ グリーンプラザ博愛苑　☐ 真愛の家寿荘　☐ やすらぎ苑 【地域密着型】☐ グリーンパーク愛宕　☐ やすらぎの郷

入所希望者	介護保険被保険者番号			
	フリガナ		性別	要介護度（有効期間）
	氏　名		男 ・ 女	（R　・　・　～R　・　・　）
	現住所	〒　　—		
		電話番号　　（　　）		
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日　（　　）歳		
申込者	フリガナ		続　柄	生年月日 ・ 年齢
	氏　名			大･昭･平　年　月　日（　歳）
	現住所	〒　　—		
		電話番号　　（　　）		
主な介護者	フリガナ		性別	生年月日 ・ 年齢
	氏名		男 ・ 女	大･昭･平　年　月　日（　歳）
	同居区分	☐ 同居　☐ 別居		
	現住所	〒　　—		
		電話番号　　（　　）		
	入所希望者との関係	☐ 配偶者　☐ 子　☐ 子の配偶者　☐ 兄弟姉妹　☐ その他（　　）		
	申込理由			
担当介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

身体の状況	食事	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （食事の種類：☐ 常食　☐ 半粥　☐ 全粥　☐ ミキサー）
	排泄	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （おむつの使用：☐ なし　☐ 昼夜　☐ 夜のみ）
	入浴	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全部介助
	更衣	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全部介助
	移動	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （歩行：☐ つかまり歩き　☐ 杖使用　☐ 車椅子　☐ 寝たきり）
	視力	☐ 普通　☐ やや悪い　☐ 人の動きがわかる程度　☐ 見えない
	聴力	☐ 普通　☐ やや悪い　☐ 大声が聞き取れる　☐ 聞こえない
	言語	☐ 普通　☐ 聞き取りにくい　☐ 聞き取れない
医療的処置 *該当するものを全て選んでください		☐ 有　☐ 無 ※ 有の場合 ☐ 膀胱留置カテーテル等　☐ ストーマ(人工肛門)　☐ 経管栄養 ☐ 酸素療法　☐ インシュリン注射 ☐ その他(　　)
障害手帳等		☐ 有　☐ 無 ※ 有の場合　手帳の種類＿＿＿＿＿＿＿＿(障害名　　) 【判定　　級(度)　　年　月　日】
現在利用している施設サービス等		☐ 自宅で暮らしている ☐ 養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム等に入所(入居)している ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している 【施設に入所(入居・入院)している場合】 ［施設名または病院名］
		［所在地］
		［入所または入院期間］
入所希望者の意思確認の状況		☐ 本人が入所を希望している ☐ 本人は入所を希望していない ☐ 本人は申し込んでいることを知らされていない ☐ 本人に説明したが理解できない

上記の内容について相違ないので、特別養護老人ホームの入所を希望します。
また、下記の事項について同意します。

① 入所希望者の状況について、担当介護支援専門員ならびに市町村担当課に照会すること。

② 入所希望者及び申込者が指定する事業所に対し、申込書、評価表等に記載されている内容及び評価結果を提示すること。

なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡します。

令和　　年　　月　　日

申込者氏名　　印

本人との続柄

申込者住所

電話番号　　（　　）

携帯番号　　（　　）