（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　あさひ　施設長　様

申込者（連絡先）

住所	〒		
（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏　名		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 氏　名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	性　別	男　・　女	年　齢	歳
		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日		
現 住 所	〒 電話番号　（　）				
介 護 保 険	被保険者番号				
	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			
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）　年　月　日				
現　況	□自宅（単身・同居） □入院中（医療機関名：　年　月　日～　） □施設入所中（施設名：　年　月　日～　） □その他				
担　当 介護支援専門員	氏　名		連 絡 先	電話　（　）	
	事 業 所 名				
申 請 理 由	（利用者の状態と家族介護の状況）				
身元引受人	氏名（続柄）	ﾌﾘｶﾞﾅ （　）	勤 務 先	電話　（　）	
	連 絡 先	〒 電話　（　）			
保証人	氏名（続柄）	ﾌﾘｶﾞﾅ （　）	勤 務 先	電話　（　）	
	連 絡 先	〒 電話　（　）			

家族構成（同一生計者）	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業（勤務先）

医療の状況

■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～
		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
		年　月　日～　年　月　日

□経管栄養　□カテーテル　□ストマ（人工肛門）　□酸素療法　□ｲﾝｼｭﾘﾝ注射
□透析　□気管切開　□その他（　　）

入所希望者の意向

□今すぐに入所したい　□　年　月頃までには入所したい
※他施設への入所申込み状況
□当園にのみ申し込んでいる
□他の施設にも申し込んでいる
施設名（　　）（　　）
（　　）（　　）

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。

【連絡先】　特別養護老人ホーム　あさひ
電話　０２５４－６０－２２２５
担当者名

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。

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、わたし（入所者及びその家族）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することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　入所希望者　　印

入所希望者家族　　印

特例入所の要件・理由（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

- □ 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
- □ 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
- □ 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
- □ 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

上記の要件の具体的な理由

（　　）