

特別養護老人ホーム高浜安立荘
 地域密着型サテライト型特別養護老人ホームいこいの宿高浜安立
入所申込書

「特別養護老人ホーム高浜安立荘」

「地域密着型サテライト型特別養護老人ホームいこいの宿高浜安立」 施設長 様

私は、指定介護老人福祉施設たる貴施設への入所を希望しますので、ここに申込を行います。

■入所申込希望者

フリガナ		明治・大正・昭和	年齢	性別
氏名	生年月日	年 月 日		
現住所	〒 - TEL - -			
入所前世帯	独居 / 夫婦 / 同居 / その他()			
申込時点の状況	自宅 / 病院() / 他の施設() / その他()			
	①他の介護保険施設への入所申込み状況 有・無 (有の場合は、②に記入して下さい。)			
	②申し込み(予定)介護保険施設の名称			
	年 月 日(申込年月日)			
	年 月 日(同上)			
居室の希望	③当荘への入所申込み理由(該当する番号をすべて○印で囲んでください)			
	1 在宅で生活する主たる介護者が、何らかの理由により介護を継続することが困難なため 2 主たる介護者が、急な身体的又は精神的な状況の悪化により、介護が困難なため 3 介護に携わる方が、複数の高齢者等を介護しているため 4 介護に携わる方が、65歳以上の高齢者や病弱者であるため 5 独居世帯であり、急な身体的又は精神的な悪化により、在宅生活の維持が困難なため 6 高齢者世帯で、一方又は双方が急な身体的又は精神的な理由で、生活の維持が困難なため 7 入院施設や入所施設から退院(退所)を求められ、かつ在宅介護が困難なため 8 その他の理由(下記へご記入下さい)			
居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> 相部屋希望 ※高浜安立荘では個室20床、相部屋100床の為、個室を希望されますと待機期間が延びる可能性があります			
介護保険情報	被保険者番号	保険者(市町村)		
	要介護状態区分	1 / 2 / 3 / 4 / 5	費用負担段階	第 段階
収入	年金の種類		年金の年額	その他の収入
	1 国民年金			
	2 厚生年金			
	3 共済年金			
	4 恩給			

■身元引受人(予定者)

<ul style="list-style-type: none"> 入所申込者の意志を確認し上記署名を行い、市町村・ケアマネジャー等へ申込内容を情報提供することに同意します 入所申込から契約に至るまでの手続き及び入所順位の決定について、施設から説明を受けました 					
フリガナ	年齢	続柄	職業	電話番号	
氏名				自宅 :	携帯 :
E-mail :					
現住所	〒 -				
相談窓口	あり・なし 事業所名 () 担当者(ケアマネ)氏名 ()				
現在ご利用の介護サービス	<input type="checkbox"/> デイ(ケア) (日/週)		<input type="checkbox"/> ショート (日/月)		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー (回/週)		<input type="checkbox"/> その他 ()		

