

特別養護老人ホーム高浜安立荘 【記載例】  
 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	アンリュウタロウ		明治・大正・昭和	年齢	性別
氏名	安立太郎	生年月日	9年 7月 20日	91歳	男
現住所	〒444-1335 愛知県高浜市芳川町1-2-73 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				
	○○○施設		令和○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 checked="" 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	123456789		保険者(市町村)	○○市
	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		32,000円/2ヶ月		
	3 共済年金				
	4 恩給				

■身元引受人(予定者)

<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>					
フリガナ	タカハマアンリュウ		年齢	続柄	職業
氏名	高浜安立		60歳	長女	会社員
E-mail : takahama-a@syoutokukai.or.jp			電話番号		
〒444-1335 愛知県高浜市芳川町1-2-73			自宅 : 0000-00-0000 携帯 : 000-0000-0000		
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"/> ヘルパー ( 回/週)		<input type="checkbox"/> ショート ( 日/月) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

近親者(同居の世帯員等を含む)の状況

配偶者	安立道子 ✕	子ども	安立拓郎	続柄	長男	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
			安立真子	続柄	次女	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
				続柄		住所	
				続柄		住所	
本人	安立太郎	兄弟姉妹	川上哲也 ✕	続柄	長男	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
				続柄		住所	
				続柄		住所	
				続柄		住所	

生活暦等世帯の状況 (記載例)

大正〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇市〇〇町にて、父親〇〇と母親〇〇の〇人兄弟の次女として出生。家業は、農業。
昭和〇〇年〇〇月	〇〇市〇〇高等小学校卒業後、2年ほど和裁を習い始める。姉の〇〇が嫁いだ〇〇へ行き、2年程お茶やお花を習う。
〇〇年	主が20歳の頃、31歳の〇〇 〇〇(材木業)と結婚し、大阪府〇〇市〇〇町にて生活をする。
〇〇年	3人の子を出生。1人は幼少の頃、肺炎のため死亡する。
〇〇年	主が25歳~26歳の頃、腹膜炎で〇〇病院へ半年間入院。
〇〇年〇〇月	疎開のため、〇〇市へ転出する。
〇〇年〇〇月	〇〇市〇〇町へ転出。夫は木材業を営み、主はその手伝い(事務)や主婦業に専念。
〇〇年	長女(〇〇)に婿養子(〇〇教師)を迎え、共に木材業を営む。
〇〇年	次女(〇〇)結婚。
平成〇〇年	手の震えが始まり、パーキンソン症候群で〇〇病院へ半年間入院。その後、リハビリ目的で老人保健施設〇〇〇〇に半年間入所。
〇〇年	夫が心不全のため死亡する。
〇〇年	介護者の長女が脳手術で入院のため、老人保健施設へ入所。自宅での介護は難しく、現在に至る。

■問合せ先(担当者:生活相談員)

〒444-1335

高浜市芳川町1丁目2番地73

電話番号 : 0566-52-5050

FAX番号 : 0566-52-5599

※いこいの宿高浜安立のお問い合わせについても上記へご連絡ください