

新規・更新（要介護3・4・5用）

従来型(4人室)

ユニット型(個室)

希望の施設・居室タイプに○を付けてください。両方申し込み可。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

| | |
|------|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |

連絡先(今後郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

| | |
|--------|---------|
| 〒 | — |
| 住所 | |
| 氏名 | 本人との関係 |
| 電話番号 | () () |
| 携帯電話番号 | () () |

体験入所

*空床に応じて、できる場合があります

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申込みます。

◎ 入所希望者の状況

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|-------------|--------------------------|
| (フリガナ) | | 性別 | 被保険者番号 | |
| 氏名 | | 男・女 | 要介護度 | 3・4・5 |
| 生年月日 | 明治 大正 昭和 年 月 日()歳 | | 要介護 認定期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| 現住所 | 〒 — | | | |
| 現況 | 自宅で暮らしている | <input type="checkbox"/> ひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている | | |
| | 病院または施設に入っている | <input type="checkbox"/> 一般の医療機関 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 | 病院または施設名 | |
| ◇入所または入院時期：平成(令和) 年 月 から 入所・入院 している | | | | |
| 入所を希望する理由(該当するものをすべて選んでください) | <input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月ごろまでに入所したい | | | |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 | | | |
| 申込の状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () () () | | | |

◎ 主たる介護者

| | | | | |
|----------|---|-----|--------|--|
| (フリガナ) | | 性別 | 本人との関係 | |
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | |
| 同居、別居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:) | | | |
| 意見 | 【介護をしているうえで困っていること等】 | | | |

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

*「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付してください。

新規・更新 (要介護1・2用)

従来型(4人室)

ユニット型(個室)

希望の施設・居室タイプに○を付けてください。両方申し込み可。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

| | |
|------|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |

連絡先(今後郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

| | |
|--------|---------|
| 〒 | — |
| 住所 | |
| 氏名 | 本人との関係 |
| 電話番号 | () () |
| 携帯電話番号 | () () |

体験入所

*空床に応じて、できる場合があります

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申込みます。

◎ 入所希望者の状況

| | | | | |
|------------------------------------|---|--|--------------------------|-----|
| (フリガナ) | | 性別 | 被保険者番号 | |
| 氏名 | | 男・女 | 要介護度 | 1・2 |
| 生年月日 | 明治 大正 昭和 年 月 日()歳 | 要介護 認定期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | |
| 現住所 | 〒 — | | | |
| 現況 | 自宅で暮らしている | <input type="checkbox"/> ひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている | | |
| | 病院または施設に入っている | <input type="checkbox"/> 一般の医療機関 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 | 病院または施設名 | |
| ◇入所または入院時期：平成(令和) 年 月 から 入所・入院している | | | | |
| 居宅において日常生活を営むことが困難な理由 | <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害などを伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 家族などによる深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 単身者や同居家族が高齢または病弱などの理由により、家族の支援が期待できず、地域での介護サービスや、生活支援の供給も不十分 | | | |
| | ※ 申込者の身体の状況及び生活環境、介護者の身体の状況や生活実態を含め、「 具体的 」に記入して下さい。 | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月ごろまでに入所したい | | | |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 | | | |
| 申込の状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () () | | | |

◎ 主たる介護者

| | | | | |
|----------|---|-----|--------|--|
| (フリガナ) | | 性別 | 本人との関係 | |
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | |
| 同居、別居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:) | | | |

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

*「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付してください。