特別養護老人ホーム　初富の里　入居申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

住　所：〒
ふりがな 氏 名：　　続柄:(　　)
電 話：　　携帯:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		特別養護老人ホーム　さつまの里		保険者番号並びに保険者の名　称	
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 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日(　　)歳		認定の有効期間	年　月　日から 年　月　日まで
	現住所	〒　　—			
	現　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □特養などの施設や病院に入っている　「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名:　◇所在地(市区名のみ) ◇入所又は入院時期:平成　年　月から入所・入院している			
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	**1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。** **(要介護度1・2 の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。)** □介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 □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。 □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。 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 □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。 □その他(　　) **2. 要介護度1・2 の方については、以下該当するものを回答してください。** □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。			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい　□平成　年　月頃までに入所したい			
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他(　　) 【現在治療中の病気・特記事項等】			
	申込状況	□当該施設のみ申し込む。□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	明 ・ 大 ・ 昭　年　月　日
	同居の区分	□同居している　□別居している(住所:　　)			
	主介護者以外の介護補助や協力	同 居 者 :　□ほとんどなし　□随時あり　□常時あり			
		別居血縁者 :　□ほとんどなし　□随時あり　□常時あり			
		近 隣 者 等 :　□ほとんどなし　□随時あり　□常時あり			