

特別養護老人ホーム長寿園入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム長寿園
施設長 様

申込者氏名	印		続柄	
住所				
連絡先	自宅	()		勤務先
	携帯	()		

○特別養護老人ホーム長寿園に入所したいので、次のとおり申し込みいたします。

入所対象者	フリガナ							性別	男 ・ 女	
	氏名							生年月日	〔 大 正 ・ 昭 和 〕 年 月 日	
	住所									
	被保険者番号									
	要介護状態区分	3 ・ 4 ・ 5								
認定有効期間	H・R			年			月			日
	R			年			月			日
現況	1. 在宅 2. 病院 3. 特養 4. 老健 5. 療養型 6. その他 *現在いる病院名、施設名等を記入してください。()									
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	電話番号				
					同・別					
					同・別					
					同・別					
【特例入所】 ※要介護1又は2の方は必ず記入して下さい	要介護状態区分	要介護1	要介護2							
	<input type="checkbox"/> 認知症で、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。 <input type="checkbox"/> 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回にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が行われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他()									

私は、上記入所申込書情報について、貴施設が市町村介護保険事業計画策定等のために情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。また、貴施設が入所調整委員会の開催等のために必要な範囲内において、私(入所対象者及びその家族)に関する情報を保険者、担当介護支援専門員、他の介護保険事業者及び医療機関等から収集することについても同意します。

対象者名 _____ 印 _____ 申込者名 _____ 印 _____

【施設記入欄】

特記事項			受付
	施設長	係 員	