

入所申込書

社会福祉法人 善俊会

特別養護老人ホーム ウィング 施設長 殿

入所を希望するので、次のとおり申し込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付者				

入所希望者						
ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	明・大・昭	年	月 日 (歳)	
住所	〒			電話番号		
要介護度	1 2 3 4 5 申請中	介護保険被保険者番号				
保険者	市・町・村		認定の有効期間	平成・令和	年 月 日～平成・令和 年 月 日	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			施設・病院名 ()		
かかりつけ医	病院名 ()		主治医	科 先生		
担当の 介護支援専門 員(ケアマネ)	事業所名			氏名		
	電話番号					
現在 利用している 居宅サービス	訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	訪問入浴	回/月
	訪問リハビリ	回/月	通所介護	回/月	通所リハビリ	回/月
	短期入所生活介護	日/月	短期入所療養介護	日/月	/	
	福祉用具貸与	品目	居宅療養管理指導	回/月		
申込申請者						
ふりがな			続柄	電話番号・連絡先		
氏名				① 自宅		
住所	〒			② 携帯		
				③ その他		
入所を希望する理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 単身で介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・要介護状態・障害・病気等により介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していて介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に住んでいて介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境が介護に適しておらず自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他()					
他施設 申込状況	当施設以外に入所申込をされている施設があれば記入してください					
入所申込に際し、その手続きや入所順位の決定方法、個人情報の取り扱いについて、説明を受けました。						
令和 年 月 日 氏名 印						

◎介護保険被保険者証(写)・直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表(写)を添付してください。

◎当施設へ申込後、状況の変化があった場合、また申込キャンセルをされる場合は、当施設(022-359-8182)までご連絡ください。

