

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
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		明治・大正・昭和	年齢	性別	
氏名	生年月日	年 月 日			
現住所	〒 - - - - - 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() / 他の施設() / 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				
			年 月 日(申込年月日)		
			年 月 日(同上)		
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 type="checkbox"/> 相部屋希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい			※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	
短期間利用	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない。長期入所希望			※希望されますと入所3か月後を目安に自宅へ戻る必要があります	
介護保険情報	被保険者番号		保険者(市町村)		
	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 (老齢・障害・遺族)				
	2 厚生年金 (老齢・障害・遺族)				
	3 共済年金				
	4 恩給				

■身元引受人(予定者)

<ul style="list-style-type: none"> 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 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 					
フリガナ	年齢	続柄	職業	電話番号	
氏名				自宅 :	
				携帯 :	
現住所	〒 - - - - -				

■介護されている介護者の状況

フリガナ		年齢	続柄	在宅介護期間	その他介護者
主たる介護者氏名				年頃から	あり（他名） なし
就労状況	失業中 ・ 共働き ・ 育児 ・ その他（ ）				
介護の内容又は程度					
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"/> ショート（ 日/月）		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー（ 回/週）		<input type="checkbox"/> その他（ ）		

* 注意点

- ① 入所待機者として登録した方につきましては、入所順序が近づいてきましたら、入所希望者と直接お会いし、事前面接を実施いたします。面接日時につきましては、施設より身元引受人にご連絡いたします。なお、面接の際は、原則として、身元引受人に立ち会っていただきますので、予めご承知おき下さい。
- ② 事前面接では、入所申込書記載事実の確認及び入所希望者の身体状況等について確認いたします。面接調査の結果、虚偽の申告があった場合や指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所要件を満たさない場合は、入所できない場合があります。
- ③ 入所申込書を提出後、入所されるまでの間に、当施設以外の入所が決定した場合、また要介護度や連絡先の変更、当荘への入所申込を辞退される場合は、速やかにご連絡下さいますようお願いいたします。

* 入所申込時に添付していただく書類

- ① 介護保険被保険者証(写し)
- ② 介護保険負担限度額認定証(該当される方のみ)
- ③ 認定調査票(写し)
 - * ご家族で控えをお持ちで無い場合は、ケアマネジャー若しくは、入所(入院)先の施設へお問合せ下さい
 - * ご本人の疾病・疾患や介護が必要な状況が分かるものであれば、結構です
- ④ 近親者の状況
- ⑤ 生活歴等世帯の状況

* その他

- ① 「健康診断書」の作成は、入所していただく際に、施設より依頼いたします
- ② 記入について、ご不明な点がございましたら、下記へご連絡ください

■ 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にご連絡ください