別紙１－（１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※整理番号：　　　　　　　）

入　所　申　込　書

令和　　年　　月　　日

　特別養護老人ホーム　きたかみ・はしうら　施設長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　　名 |  |
| 現住所 | 〒　　　－　電話　　　　（　　　）　　　　　 |
| 生年月日 | 　明治・大正・昭和　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 介護保険証 | 被保険者番号 | 要支援度 | １・２ |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ |
| 認定期間 | 令和　　　年　　月　　日から　令和　　　年　　月　　日まで |
| その他保険証等 | 　□健康保険（種別　　　　　　　　　　　　番号　　　　　　　　　　　　　　　）　□年金（種別 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）　□障害者手帳（種類　　　　　判定　　　級　傷害名　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の所在 | 　□在宅 | 入院または入所先 | 名　称 |  |
| 　□入院中 | 住　所 |  |
| 　□入所中 | 入院または入所期間 | 平成　 　年　 　月　 　日　～ |
| 介護サービス等の利用状況(ケアプラン・利用票添付でも可) | サービス種類 | 利用回数（月） | 事業所名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名 |  | 氏　名 |  |
| 家族構成（世帯構成） | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 職業の有無（職業ありの場合、勤務先･電話番号をご記入ください。） |
|  |  |  | 有・無 |
|  |  |  | 有・無 |
|  |  |  | 有・無 |
|  |  |  | 有・無 |
|  |  |  | 有・無 |
| 主たる介護者 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 （続柄：　　　　　　　　） |
| 今後の連絡先 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 （続柄：　　　　　　　　） |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 電話　　　（　　　）　　　　　／　携帯　　　　（　　　　） |
| 自宅介護が困難な理由 |  |
| 同意事項 | 特別養護老人ホームきたかみと、特別養護老人ホームはしうらの両施設に申込み、空室ができた方の施設に入所することに同意します。氏名　　　　　　　　　　　　　　印　 |

以上は、特別養護老人ホームきたかみの入所規程の説明を書面により受け、入所申込み・入所判定委員会等に係る必要事項についての説明を受け、その内容に同意のうえ、申込みを致します。

入所希望者（本人）　　　　　　　　　　　　　　㊞

申込者（本人・家族等）　　　　　　　　　　　　㊞

（※受付受理　確認欄）　受付受理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

別紙１－（１）（記入例）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※整理番号：　　　　　　　）

入　所　申　込　書

令和　２年　４月　１日

　特別養護老人ホーム　きたかみ　施設長　様　　　　　　　　　　　**記入例を参考にご記入下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | きたかみ　たろう | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　　名 | 北上　太郎 |
| 現住所 | 〒９８６－０２０２　　宮城県石巻市北上町橋浦字大須２３４　電話　０２２５　（　６７　）１２３４ |
| 生年月日 | 　明治・大正・昭和　１１年　１１月　　１日生（　９７　歳） |
| 介護保険証 | 被保険者番号　　０００７６５４３２１ | 要支援度 | １・２ |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ |
| 認定期間 | 　平成３０年１１月　１日から平成３２年１０月　３０日まで |
| その他保険証等 | 　■健康保険（種別　後期高齢者医療保険　　番号　　０２４１２３４５　　　　　）　■年金（種別 　国民年金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　■障害者手帳（種類 身体障害者手帳 判定 3 級　傷害名 ○○による△△不自由　） |
| 現在の所在 | □在宅 | 入院または入所先 | 名　称 | 老健　きたかみ |
| □入院中 | 住　所 | ●●市○町△番地 |
| ■入所中 | 入院または入所期間 | 平成３０年　３月　１５日　～ |
| 居宅サービス等の利用状況(ケアプラン・利用票添付でも可) | サービス種類 | 利用回数（月） | 事業所名 |
| 訪問介護（ホームヘルパー） | 　　８回 | 　にこちゃん北上　ﾍﾙﾊﾟｰｽﾃｰｼｮﾝ |
| 通所介護（デイサービス） | 　　４回 | 　にこトピア北上　ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ |
| 短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｨ） | 1回（平均６日） | 　にこにこﾌﾟﾗｻﾞ　北上ﾎｰﾑ |
| その他 | 　　 | 　 |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名 | ○○居宅介護支援事業所 | 氏　名 | 　○△　○△ |
| 家族構成（世帯構成） | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 職業の有無（職業ありの場合、勤務先･電話番号をご記入ください。） |
| 北上　ももこ |  妻 | 86 | 有・無 |
|  |  |  | 有・無　 |
| （職業有の記入例） |  |  | 有・無 |
| △△　□□ | 長男 | 58 | 有・無　○○製作所　０２２５（６７）○○○○ |
|  |  |  | 有・無 |
| 主たる介護者 | 氏　名 | 　宮城　花子　　　　　　 　　　　（続柄：　長男の妻　　　　） |
| 今後の連絡先 | 氏　名 | 　宮城　次郎　　　　　　　　　　 （続柄：　長女の夫　　　　） |
| 住　所 | 〒○○○－○○○○　　仙台市○○１丁目２番地 |
| 連絡先 | 電話　０２２（ １２３ ）１２３４／携帯　０８０（９８７６）５４３２ |
| 自宅介護が困難な理由 | 一人娘の私が仙台へ嫁いでしまったため、父は北上で母と生活していたが、母が先日から長期入院となってしまったため、現在は週３回は様子を見に来ているが、仕事もあり、子供も小さく、嫁ぎ先の義母も要介護状態になってしまい、父への今後の介護が困難になってきたため。 |
| 同意事項 | 特別養護老人ホームきたかみと、特別養護老人ホームはしうらの両施設に申込み、空室ができた方の施設に入所することに同意します。氏名　　　　　北上　太郎　　　　　印　 |

以上は、特別養護老人ホームきたかみの入所規程の説明を書面により受け、入所申込み・入所判定委員会等に係る必要事項についての説明を受け、その内容に同意のうえ、申込みを致します。

入所希望者（本人）　　　　北上　太郎　　　　　㊞

申込者（本人・家族等）　　宮城　次郎　　　　　㊞

（※受付受理　確認欄）　受付受理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞