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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞