

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	令和 年 月 日
入所申込受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム さくらの苑 入所申込書

私は、「特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)さくらの苑」への入所を希望し、関係書類を揃えて申し込みます。
なお、本記載事項が事実と相違した場合には、申し込みに関する一切の権利を失っても構いません。

社会福祉法人 諒和会
理事長 菊地 徹 殿
特別養護老人ホーム さくらの苑
施設長 本山 禎久 殿

入所申込者 〒 -
住所:
氏名: 印
電話番号: - -
入所希望者との続柄 ()

記

入所希望者の状況											
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満()歳						
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日							
現住所	〒 - 電話番号: - -										
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】 <table border="1"><tr><td>名称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>入所(院)開始年月日</td><td>年 月 日から</td></tr></table>					名称		所在地		入所(院)開始年月日	年 月 日から
名称											
所在地											
入所(院)開始年月日	年 月 日から										
保険者名		被保険者番号									
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	要介護認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他()										

※ 被保険者証(写)を添付してください。

入所希望者の状況											
健康 状態 など	病歴		最近5年間にかかった病気 (かかりつけ医 病院名 現在治療中の病気 有(病名: 無 通院: 有(月・週 回) 無								
	食物アレルギー他		食物アレルギー		□有() □無			嫌いな食べ物		□有() □無	
	職歴					趣味・特技					
	嗜好					宗教・宗派					
入所希望時期			<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい								
他施設の申込状況			<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。								
			施設名		申込み時期		年 月頃				
			施設名		申込み時期		年 月頃				
			施設名		申込み時期		年 月頃				
居宅介護支援事業所			事業所名		電話番号		担当ケアマネージャー				
その他			入所に関して特に希望する事項 (サービス内容等)								
身元 引受 人	ふりがな					性別	男・女	年齢	満()歳		
	氏名					生年月日	明・大・昭・平		年 月 日		
	本人との続柄										
現住所		〒			電話番号:						
勤務先		勤務先名:			住所:						
					電話番号:						
親 族 の 状 況	氏名		年齢	続柄	住所・電話番号						

身元保証書ならびに身元保証人引受承諾書

入所者

住所 _____

氏名 _____

印

この度、上記入所者の貴施設入所に際しましては、私が身元保証人となることを引受けるとともに、下記事項を堅く守り、本人の身元に関する一切の事項は、私が連帯してその責に任じます。

令和 年 月 日

社会福祉法人 諒 和 会

理事長 菊地 徹 殿

身元保証人

住 所 _____

氏 名 _____

印

連絡先 _____

職 業 _____

続 柄 _____

生年月日 _____

記

1. 施設の諸規則並びに指示を遵守します。
2. 介護老人福祉施設契約書に基づき、貴殿により契約が解除された場合等は、いつ退去を命ぜられても意義ありません。なお、この場合の入所者の引取りは、私が責任を負います。
3. 所定の費用は、毎月所定の期日までに必ず納入いたします。
4. 本人が所定の諸費用の支払いをすることができなくなった場合は、私が支払います。
5. 入所者本人が故意又は過失によって、貴殿の建物・設備に損害を与え、無断で居室に工作を加え、設備・備品の形状を変更したときは、入所者本人と連帯してその損害を弁償し、又は現状に回復します。

特列入所を希望する事由(要介護1・2の方のみ記入して下さい)

- 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)
 - 認知症であり、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。
 - 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繁に見られる。
 - 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
 - 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。
 - その他(
- 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。

同意書

今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者 氏名:

印

入所希望者 氏名:

印