

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）入所申込書

申込者（連絡先）

今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成 年 月 日
受付日時	平成 年 月 日 時 分

〒	—
住所	
フリガナ	
氏名	続柄 ()
電話	携帯

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム国城寮	※保険者 (市町村)	
本人の状況	(フリガナ)	性別	被保険者番号
	氏名	男・女	要介護度
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	要介護認定期間
	現住所	〒 —	
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名または病院名： _____ ◇所在地（市町村名のみ： _____） ◇入所又は入院時期： 平成 年 月から入所・入院している	
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名()()() ◇今後申し込む予定の他の施設名()()()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： _____)	
	意見	【介護しているうえで困っていること等】	
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 平成 年 月 日 本人又は介護者の氏名： _____ 印			

※介護度1・2の方は、特列入所の事由を別紙に記載してください。記載により特列入所対応とします。
 ※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者（市町村）の名称を転記して下さい。
 ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別票(写)」を添付してください。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）入所申込書

① ②

① 申込日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
② 受付日時	平成 年 月 日 時 分

申込者（連絡先） 今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	648-0015
住所	橋本市陽田町河瀬905-2
フリガナ	クニキ タロウ
氏名	国城 太郎 続柄 (長男)
電話	0736-32-8765 携帯: 090-****-****

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム国城寮	※保険者 (市町村)	橋本市										
	(フリガナ)	クニキ ハコ	性別											
	氏名	国城 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	生年月日	明・大・昭 15 年 1 月 1 日	87 歳	要介護度	1	2	3	4	5					
	現住所	〒 648-0015 橋本市陽田町河瀬905-2												
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている <input checked="" type="checkbox"/> 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名または病院名： _____ ◇所在地(市町村名のみ)： _____ ◇入所又は入院時期： 平成 年 月から入所・入院している												
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを 選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他												
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 特になし												
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名(○ ○ ○ ○)() () ◇今後申し込む予定の他の施設名(△ △ △ △)() ()												
	主たる介護者	(フリガナ)	クニキ タロウ	性別	本人との関係 長男									
	氏名	国城 太郎	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	明・大・昭 28 年 2 月 2 日									
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)												
	意見	【介護しているうえで困っていること等】												
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 本人又は介護者の氏名： 国城 太郎 印														

※ の枠内を全て記入してください。

- ① 申込日： 申込者が施設へ提出した日
- ② 受付日時 当施設が申込書を受け付けた日（空欄でお願いします。）
- ③ 申込者： 本人又は本人を代理する家族等になります。
(連絡先) ※本人等の記入が困難な場合は担当介護支援専門員等の代筆も可能です。
※今後、当施設との連絡手段となりますので、お間違いのないよう記入をお願いします。
- ④ 保険者： 介護保険被保険者証に記載の保険者（市町村）の名称を転記してください。
- ⑤ 被保険者番号： 介護保険被保険者証に記載の番号を転記してください。（右詰めでお願いします）
- ⑥ 要介護度・要介護認定期間： 介護保険被保険者証に記載されている内容を転記してください。
- ⑦ 現状： 該当するものにいずれか1つチェックしてください。
※「施設や病院等に入っている方」は、下記の【◇施設名または病院名】、【◇所在地】、【◇入所又は入院時期】を記入してください。
- ⑧ 入所を希望する理由： 該当するものすべてにチェックしてください。
- ⑨ 医療の状況： 該当するものすべてにチェックしてください。
※治療中の傷病名や医療にかかる配慮事項を記入してください。
- ⑩ 申込状況 該当するものにいずれか1つチェックしてください。
※参考までに、「既に申込みをしている特別養護老人ホーム」と、「今後申し込む予定の特別養護老人ホーム」の名称を記入してください。
- ⑪ 主たる介護者： 主に介護を行っている方について、記入してください。
※同居、別居のいずれかにチェックしてください。
※老人保健施設や病院等に3か月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3か月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻られると介護者がいる場合には介護者を記入してください。自宅に戻られても介護者がいない場合は空欄にしてください。
※意見欄には、家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。
- ⑫ 行政機関への報告についての同意欄： 日付、氏名、捺印をお願いします。

※ 介護度 1・2 の方について

別紙「特例入所の要件に該当する事由について」の書類が必要となります。

本人・家族・介護支援専門員等が必要事項を記入の上、入所申込書とともに提出して下さい。

※介護度 1・2 の方は、特例入所の事由を別紙に記載してください。記載により特例入所対応とします。
※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別票(写)」を添付してください。