特別養護老人ホーム謙之丞の丘　入所申込書

社会福祉法人尽誠福祉会　理事長　殿

次のとおり、貴施設に入所いたしたく申し込みをします。

整理番号	―	入所申込年月日	平成　　年　　月　　日
申込者の氏名		被保険者との関係	
申込者の住所	〒 電話番号 携帯番号 （この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です。）		

被保険者等	保険者	名称		被保険者番号	
		番号			
	フリガナ			生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			性　　別	男　　女
	住　　所	〒 電話番号			
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1　2　3　4　5　その他（　　）		
		有　効　期　間	から　　まで		
	現在の状況 （1から6のいずれか該当するものに○をし、その施設名等を記載してください。）	1　居宅 2　介護老人福祉施設　（施設名：　　） 3　介護老人保健施設　（施設名：　　） 4　介護療養型医療施設（施設名：　　） 5　病院等の医療機関　（医療機関名：　　） 6　その他の施設　（施設名：　　）			
入　所　理　由					
特　　記					
優先入所を希望	1　する　　2　しない				
特例入所を希望	1　する　　2　しない				
特例入所の要件 （要介護1又は2である方） （1から4のいずれか該当するものに○をしてください。）	1　認知症である者であって、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、認知症高齢者の日常生活自立度が原則としてⅢ以上であること。 2　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こと。 3　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こと。 4　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こと。			

この申し込みの内容については、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、介護保険の保険者（市町）に対して提供することに同意します。