

## 特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書について

この度は、当施設への入所のお申込みを頂きましてありがとうございます。

【様式1】はご本人様またはご家族様にご記入頂き、【様式2】はケアマネージャー様、もしくは入院・入所先のご担当者様にご記入頂き、①介護保険被保険者証、②介護保険負担割合証、③介護保険負担限度額認定証（対象者のみ）のコピーを添えて、郵送もしくはご持参下さい。  
(FAXは不可)

～おねがい～

※連絡先変更、他施設へ入所される、お亡くなりになられるなどがあった場合は、すぐに竹の里ホームへお知らせ下さい。

※要介護度の変更になった場合は介護保険被保険者証のコピーの提出をお願いします。

※必要に応じて申し込み後の状況について、竹の里ホームから確認や連絡することがあります。

ご質問・ご不明な点がございましたら、生活相談員までお問い合わせ下さい。

問い合わせ先：特別養護老人ホーム 竹の里ホーム  
生活相談員 黒田 岩田  
TEL (075) 951-2230

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書

様式 1

令和 年 月 日

社会福祉法人 海印寺徳寿会

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 施設長

次のとおり特別養護老人ホーム 竹の里ホームに入所申し込みをします。

フリガナ 利用者氏名		性別・ 男 女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( )歳
現住所	〒			電話番号	
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型施設 <input type="checkbox"/> その他( ) 入院・入所先名称( ) 入院・入所期間( 年 月～) 退院・退所予定日(令和 年 月頃)				
介護保険被保険者証番号				保険者 (市町村)	
介護度: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定有効期間: R . . から R . . まで				
負担割合証	1割 2割 3割	負担限度額認定証	1段階 2段階 3段階① 3段階② 4段階		
主治医氏名			医療機関名		
主治医以外で受診している医療機関名					
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 生活保護 ・ その他( )				

世帯の状況

同居家族構成 (主たる介護者に氏名の前に○を記入して下さい)

氏名	年齢	続柄	職業	住所	電話番号
				〒	自宅 携帯
				〒	自宅 携帯
				〒	自宅 携帯

同居以外の家族の状況 ※家族がおられない場合は連絡可能な親類縁者をご記入下さい。

氏名	年齢	続柄	職業	住所	電話番号
				〒	自宅 携帯
				〒	自宅 携帯
				〒	自宅 携帯
				〒	自宅 携帯

入所理由(入所を希望される具体的な理由をご記入下さい)

申込者氏名 :

(続柄)

印

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書

様式 2

記入日 令和 年 月 日

フリガナ

利用者氏名 性別 男・女 生年月日 M T S 年 月 日

介護者(家人)等の状況:

医療(病名、薬、処置)の状況:

該当する部分に○か、またはご記入下さい。

ADL	自分で可	一部介助	全介助	備考として状態をわかりやすくご記入下さい。
食事				
入浴				
排泄				
更衣				
移動				
麻痺	麻痺なし 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 その他( )			
転倒	転倒なし 転倒あり(頻度等の様子 )			
夜間入眠状況				
その他				

認知症日常生活自立度: なし I II a II b III a III b IV M

認知症周辺症状:

居宅サービスの利用状況

居宅サービス利用限度額の割合	60%以上	20%未満
	20~60%未満	利用なし
サービス利用状況	事業所・施設名称	利用頻度(日数/月、回数/週など)
ショートステイ		
デイケア・デイサービス		
ホームヘルパー		
施設等入所		年 月から入所中

施設入所への意見:

記入者(介護支援専門員)氏名:

事業所名(電話番号):