

入所申込書・兼・第一次判定調査票

申込番号	
初回申込日	令和 年 月 日
今回受付日	令和 年 月 日

申請者	氏名		続柄	
	住所			
	電話			

特別養護老人ホーム第二権現荘に入所したいので、次のとおり申し込みます。

尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又は、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。又、申し込み内容に虚偽があった場合、順位が繰り下がっても異議は申し立てません。

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ 氏名	男・女	保険者 介護保険被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	現住所 電話番号 ()		認定 有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	給付制限		認定審査会意見	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅（同一敷地内含む）で家族（配偶者・子・孫・兄弟）と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている （施設（病院）名： 入所（入院）日：)		
	入所希望の理由 該当するものすべてを選んで下さい	<input type="checkbox"/> 家族が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が未就学児の子や孫の世話をしているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が高齢（概ね65歳以上）で介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 家族が他の者を介護しているため <input type="checkbox"/> その他() 注：施設や病院に入所（入院）している場合は、自宅での生活状況を想定してご記入ください。		
	医療の状況	現在治療中の病気など、分かる範囲でご記入ください。		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む（施設名：) ※ 介護認定やケアプラン等で関りのある居宅介護支援事業所名をご記入ください。 担当居宅介護支援事業者名：		

特別養護老人ホーム第二権現荘の入所基準の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申し込みに必要な「介護認定・入所申込調査に係る情報」を市町村又は他の特別養護老人ホーム等から得ること。
2. 入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名（本人又は代理人）