

NO.1

持参日を記入

申込日	〇〇年〇〇月〇〇日	受付日	年 月 日
-----	-----------	-----	-------

入所申込書 (特養 ・ GH)

特別養護老人ホーム アットホーム今町 施設長 様

申込者 (連絡先)

希望する方に○

住所	〒954-0111 見附市今町〇〇-〇〇		
(ふりがな)	あっとほーむ たろう		
氏名	アットホーム 太郎 (入所希望者との続柄 長男)		
電話番号	① 0258-〇〇-〇〇〇〇	② 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

※日中連絡の取れる番号もご記入ください

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏名	(フリガナ) アットホーム イチロウ	性別	男 ・ 女
	アットホーム 一郎	生年月日	明治・大正・昭和 〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
現住所	〒954-1111 見附市今町〇〇-〇〇		
	被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	保険者名
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
認定期間	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日		
担当介護支援専 門員	氏名	連絡先	TEL () -
	事業所名		
健康保険	(後期高齢者医療保険・国民健康保険) ※生活保護は不可 番号等 :		
年金等	(種別)		
障害者 手帳等	手帳の種類	_____ (障害名 : _____)	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設 (病院) に入所 (入院) 中 名称 _____ (年 _____)		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 現在治療中の病気		
医療の状況	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
	既往症		
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日~	
		年 月 日~	
		年 月 日~	
		年 月 日~	
入所希望者 の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい 他施設の入所申込み状況 (お答えした内容で不利になる事はありません)		
	<input type="checkbox"/> アットホーム今町にのみ申し込んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) 〇〇〇〇ホーム		

記入できる
事項のみで
結構です。

保険証等お
持ちの書類
はご持参く
ださい。

申 込 み 理 由	(本人の状態と経過、家族介護の状況など) ※どんな些細なことでも構いませんので、できるだけ詳しい状況をお書きください。
-----------------------	--

家 族 構 成 等	<input type="checkbox"/> 独居世帯→ご本人一人暮らしの場合 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯→高齢者のみで暮らしている場 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯→高齢者でない家族も同居の場合 ◎同一生計者					
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業 TEL	勤務先 TEL
◎本人の子供 (別世帯)						
氏名	続柄	性別	生年月日	職業 TEL	勤務先 TEL	

留 意 事 項	本入所申込書に記載した事項（介護度・医療状況・待機場所等）に変更があった場合、あるいは 他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。 【連絡先】 特別養護老人ホーム・グループホーム「アットホーム今町」 電話 0258-66-0334
------------------	--

説 明 確 認 及 び 情 報 に 係 る 同 意	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について 施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を 市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 入所希望者 _____ アットホーム 一郎 (印) 者の家族 _____ アットホーム 太郎 (印)
---	---

ご不明点は、担当のケアマネージャーにお尋ねください。担当が付いていない場合は申し込み後に確認させていただきますので、未記入でも結構です。