**様式1　　　　特別養護老人ホーム　中通　入居申込書**

特別養護老人ホーム　中通

　　施設長　佐々木　将樹　殿

令和　　　年　　　月　　　日

申込者氏名　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居対象者 | フリガナ |  | ※必ずフリガナも記入してください |
| 氏　　名 |  | 性別 | １　男　　２　女 |
| 生年月日 | １明治　２大正　３昭和　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　歳 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 家族状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 職　業 | 別居先の住所・電話番号（同居の場合は同上） |
|  |  | 歳 |  |  |
|  |  | 歳 |  |  |
|  |  | 歳 |  |  |
|  |  | 歳 |  |  |
|  |  | 歳 |  |  |
| 特例入所申し込み理由：要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。（要介護3以上は記載不要） |
| □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ある。□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が頻繁にある。□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。□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。 |

※対象者の健康保険証、介護保険証のコピーの添付をお願いします。障害者手帳・負担限度額認定書がある場合はコピーを添付願います。

|  |
| --- |
| １、私は上記の入居申込者情報について、施設が市町村介護保険事業計画策定等の為の情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。２、上記申込者の状況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新する事に同意します。３、介護認定が更新された場合には、当施設に連絡する事とし、認定の有効期間が満了し３月　経過しても更新の連絡がない場合には、入居申込を辞退したものとみなす事に同意します。対象者氏名　　　　　　　　　　　　　印　　申込者　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |

|  |
| --- |
| 特記事項： |

（施設記入欄）受付月日 　　　 受付職員氏名