

社会福祉法人園盛会 介護老人福祉施設入居申込書

施設 記入欄	受付NO	申 込 書 受 付 年 月 日		施 設 見 学 受 入 日	
		令和 年 月 日 (担当:)	窓 <input type="checkbox"/> 郵 <input type="checkbox"/> 送 <input type="checkbox"/> その他	令和 年 月 日 (担当:)	来園者

●入居申込み希望施設にシ点をご記入ください。※むさしの園には、従来型とユニット型があります。(複数選択可)

多摩の里むさしの園				多摩の里けやき園				
<input type="checkbox"/> 個室(従来型)		<input type="checkbox"/> 多床室(従来型)		<input type="checkbox"/> 個室(ユニット型)		<input type="checkbox"/> 個室(ユニット型)		
入 居 者 本 人	ふりがな			男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)	
	氏 名							
	住 所	〒			電 話 番 号			
	現 在 の 居 所	自宅・老人保健施設・病院・その他 ()						
		施設・病院名 (担当者:)						
	入居・入院日: 年 月 日 退居・退院期限(無・有 月 日まで)							
	介 護 保 険	1・2・3・4・5・申請中(/ 申請) ※要介護1又は2の方は裏面に記載事項あり						
		有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		介護負担割合証		1割・2割・3割		
		介護保険負担限度額認定証		無・有 (第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②)				
	健康保険	国保・後期高齢・その他 ()						
収 入	月額 () 円							
病 歴	現 病 名・既 往 歴	通 院 有 無		通 院 病 院	発 症 時 期			
		<input type="checkbox"/> 通院中・ <input type="checkbox"/> 治療終了			昭・平・令 年 月 頃			
		<input type="checkbox"/> 通院中・ <input type="checkbox"/> 治療終了			昭・平・令 年 月 頃			
		<input type="checkbox"/> 通院中・ <input type="checkbox"/> 治療終了			昭・平・令 年 月 頃			
		<input type="checkbox"/> 通院中・ <input type="checkbox"/> 治療終了			昭・平・令 年 月 頃			
身 元 引 受 人	ふりがな			男・女	歳	入居者との 続 柄		
	氏 名							
	住 所	〒			連 絡 先	電 話 :		
					携 帯 :			
そ の 他 親 族 等	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	連 絡 先			
入 居 申 込 込 み 理 由	〈 介護が必要になった経緯・特別養護老人ホームに申込みが必要になった経緯等をご記載ください 〉							

- ※下記資料を添付の上、ご提出をお願いいたします。
- ・介護保険被保険者証のコピー
 - ・介護保険負担割合証のコピー
 - ・介護保険負担限度額認定証のコピー(対象の方のみ)
 - ・お薬手帳などの服薬内容がわかるもののコピー

入居に関しては、原則要介護3以上の方を優先することとなりますが、要介護1又は2の方であっても、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事由となる、下記の4項目のいずれかに該当することが必要です。(特例入所の要件)
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。

- 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等が頻繁に見られる。
- 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。

※上記の内容に該当しても必ず入居となるものではありません。