

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人旭壽会 理事長 菅野 隆 殿

申込者連絡先（申し込み以後、施設からの連絡先、郵便物の送り先になります）

氏 名	印	ご本人との間柄	
住 所	〒		
電話番号	①	() ②	()

次の3施設のうち、○印を付けた施設へ以下の通り入所を申し込みます。

特別養護老人ホーム【 一心苑 ・ 雄心苑 ・ おしか清心苑 】

ふりがな		性 別	生年	明・大・昭	年	月	日	年 齢
氏 名	印	男・女	年月日					
住 所 【申込者と 同じ場合は 同上で可】	〒 電話 ()							
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている（下記設問へ）							
	施設・病院 の名称	入所（院）期間		年 月 日から				退所（院）を指導されている【はい・いいえ】
介護保険 被保険者証	被保険者番号	保険者		市・町				
	認定期間	年 月 日から		年 月 日まで				
要介護度 及び 特例入所 要件等	<u>1</u> ・ <u>2</u> ・ 3 ・ 4 ・ 5 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) ↳ 要介護1・2の方が入所する場合は、下記のいずれかに該当する必要があります。 <input type="checkbox"/> 認知症があり、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 <input type="checkbox"/> 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見られる 【 <input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) 】 【 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) 】 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である <input type="checkbox"/> 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 (その他追記等)							
保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険 (種別 番号) <input type="checkbox"/> 年金 (種別) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種類 判定 級 傷害名)							

