（別紙様式1）

提出日	平成　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム清鈴園　入所申込書

施設に入所したいので，次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため，入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り，当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し，入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し，また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が，当該施設に対して，入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 平成　　年　　月　　日　　氏名　　㊞

申請者（連絡先）	〒　　－ 住所	氏　名	
		電　話	（　　）
		携　帯	（　　）
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性　別	保　険　者	
	氏名	印	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		要介護状態区分	要介護（１・２・３・４・５）
	現住所	〒　　－		要介護認定有効期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで
	状況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □老健などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記項目にご記入ください） ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成　　年　　月頃から			
	住環境	□車いすを使用しているが，住居の廊下等の構造が適していないため，介護が困難 □住居の便所，浴室，階段等の形態や構造が適していないため，介護が困難 □その他（　　）			
	特例入所の理由	〔要介護１又は２の入所申込者のみ記入〕 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載（認知症・知的障害・精神障害等，単身世帯・同居家族が高齢等により，施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように）			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □平成　　年　　月頃（まで・以降）に入所したい			
	医療の状況	□経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養（ＩＶＨ） □インシュリン注射 □じょく瘡（床ずれ） □在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他（　　）			
	特養申請状況	□当該施設のみの申請 □他の施設にも申請している（申請している施設名：　　）			
主介護者	フリガナ		性　別	入所申込者との関係	
	氏　名		男・女	生　年　月　日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	同居有無	□同居　□別居（□同一市内 □県内市外 □県外）　□その他（　　）			

その他の介護者	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	□同居 □別居（□同一市内 □県内市外 □県外）	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や，家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
備考	担当ケアマネジャー	□いる　※事業所名（　　）名前（　　） □いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など，本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合，死亡された場合，あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は，必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は，入所決定を行えないことがあります。