入居申込書

☐ 特別養護老人ホーム「らくえん」
☐ 特別養護老人ホームらくえん倶楽部　（中央市：地域密着型）
☐ 特別養護老人ホームらくえんリニア甲府（甲府市：地域密着型）

入居を希望しますので、下記の通り申し込みます。

申込日：　　年　　月　　日

申込者	ふりがな 氏　名		☐ 本　人（入居者自身が申込を行う場合） ☐ 代理人（続柄：　　）
	住　所	〒　　－	
	ＴＥＬ	（自　宅）　　―　　―　　（携帯電話）　　―　　―	

入居者本人の状況等	ふりがな		保険者番号	
	氏　名		介護保険被保険者番号	
			要介護度	1　2　3　4　5
	生年月日	ＭＴＳ　年　月　日	要介護認定期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
	年　齢	歳　性別　男　女		
	入居希望者の自宅住所	〒　　－	認定年月日	令和　年　月　日
	電話番号	（自宅）　　－　　－　　（携帯）　　－　　－		
	現在の居住地	☐独居　☐高齢者世帯　☐自宅で家族と同居　☐※1他の施設や病院にいる		
		※1自宅以外に居住している場合：名　称	ＴＥＬ　－　－	
		所在地　〒　　－		
		入居又は入院期間　年　月　日から（約　年　ヶ月）		
	入居申込を希望される理由	例）仕事があり、日中の介護が困難なため　遠方に居住しているため　等		
	本人の入居に対する意向	☐ 希望している　☐ 迷っている　☐ 否定している　☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解できない　☐ その他（　　）		
	在宅介護期間	年　ヶ月	居宅サービス利用の有無	☐ 有　☐ 無
	居宅介護支援の状況	居宅介護支援事業所名		
		事業所の住所		
		事業所の電話番号		
		担当介護支援専門員		
	現在使用している居宅サービス	☐ デイサービス（事業所名：　　）		
		☐ ショートステイ（事業所名：　　）		
		☐ 訪問介護（事業所名：　　）		
		☐ 訪問看護（事業所名：　　）		
		☐ その他（　　）		
	他施設への申込状況	☐ 特別養護老人ホーム： ☐ 老人保健施設： ☐ その他の施設：		

入居者本人の状況等	医療の状況についてお書き下さい	医療機関名	担当医師名
		現在治療中の病名	
		過去の主たる病歴	
	認知症の症状があればお書き下さい。		
	現在必要としている医療的処置についてお書き下さい。	当てはまるものがありましたら✓を入れて下さい ☐ 経管栄養（ 胃ろう 腸ろう 鼻腔 ）　☐ 中心静脈栄養 ☐ 在宅酸素　☐ ペースメーカー　☐ 尿管カテーテル　☐インスリン注射 ☐ その他（　　）	

貴苑への入居申し込みにあたり、その手続きについて説明を受けました。つきましては、入居希望者本人の状況等について情報が必要な場合、保険者である市町村及び担当介護支援専門員やその他サービス提供事業者に照会することに同意します。

入居希望者　氏名　　㊞

代理人（家族）　住所　〒　　－

氏名　　㊞　　続柄

受付

※2以下、施設記入欄

年　月　日	入居申込受付後の状況について	担当職員

Copyright 社会福祉法人「寿真会」2011 All rights reserved.