特別養護老人ホーム
セントポーリア愛の郷

入　居　申　込　書
（特別養護老人ホーム）

施　　設　　長　様

申込日：　　年　　月　　日

入居希望者（申込者）

申込番号

フリ　ガナ		保　険　者	
氏　　名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	要　介　護　度	1・2・3・4・5
性　　別	男　・　女	認定有効期間	平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
現　住　所	〒 電話番号　　（　　）		

≪必要添付書類≫

①　介護支援専門員等意見書（様式2）　②認定調査票（基本調査）（写）

③　直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。）

氏　　名		入居希望者との続柄	
住　　所	〒 電話番号　　（　　）		

上記入居希望者について、この入居申込書により入居を希望いたします。
なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や
連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　期	早急・平成　　年　　月以降　　申込予定：貴施設のみ・他にも申込む　　ヶ所（予定）
現状	□1　自宅で1人暮らししている。　□2　自宅で家族と暮らしている。　□3　老健等施設や病院に入っている。 ※「□3　老健等施設や病院に入っている。」に“レ”を入れられた場合は下記についても記入してください。 ◇　施設名又は病院名　： ◇　入居又は入院時期　：　　年　　月　　日から入居・入院している。
入居希望理由（**要介護3～5の方は右記の**該当項目を全て選んでください。）	□1　施設入居により安心した生活を送りたい □2　寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 □3　認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □4　施設や病院等から退居を求められているが、自宅での生活が困難 □5　介護者がいない、介護者が入院等で介護できない □6　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □7　利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □8　介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □9　住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） □10　住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） □11　その他の理由（具体的にお書き下さい） （　　）
特例入居該当理由（**要介護1又は要介護2の方は右記の**該当項目を全て選んでください。）	□1　認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □2　介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □3　介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域の介護サービスや生活支援が十分でない □4　入居申込者の入居したい思いやご家族の思いをお書き下さい。（具体的にお書き下さい） （　　）

主たる介護者					
フリガナ		本人との関係	性別	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
氏　　名				電話番号	
同居の区分	□　同居している　　□　別居している（住所：　　）				
就労状況等	□　就業中　□　育児　□　高齢　□疾病　□その他（　　）				
意見	【介護をしている上で困っている事等】				

同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という）から入居判定に必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入居申込者の入居判定や年に1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入居申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意致します。 平成　　年　　月　　日　　氏　名　　印