

入 所 申 込 書

特 別 養 護 老 人 ホ ー ム
川 之 江 荘 施 設 長 様

(申請者) 氏名 _____ 続柄 _____

申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(連絡先) 住所 _____

電話 (連絡がつきやすい番号をご記入ください)

(_____) _____

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

氏 名	_____	男・女	_____	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所	_____			電話番号	(_____) _____
保 険 者	四国中央市・その他 (_____)			要介護度	3 ・ 4 ・ 5
被保険者番号	0	0	0		
日常生活の状況	在宅： 独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 別居だが敷地内または近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設： 病院 (医療型・療養型) ・ 老健 ・ 特養 ・ ケアハウス ・ 養護 ・ グループホーム ・ その他 施設 (病院) 名： _____ 利用開始日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※施設入院・入所中の方は在宅生活を想定して、 <input type="checkbox"/> 在宅時欄にもご記入ください。				
他施設への申し込み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設へも申し込む (施設名： _____)				
在宅サービスの利用状況他	<input type="checkbox"/> 利用あり (その内容： _____) <input type="checkbox"/> 利用なし 担当ケアマネジャー：事業所名 _____ 氏名 _____				
介護者の状況	_____ あり ・ なし _____			入所希望の理由 (該当するもの全てをご記入下さい。)	
主たる介護者	氏名	_____	続柄	_____	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 生活のため仕事についているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 未就学の子や孫がいるので介護が困難 <input type="checkbox"/> 病気や障害などで介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の者を介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	住所	_____			
	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	氏名	_____	続柄	_____	
従たる介護者	住所	_____			
	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
特記事項	_____				
申込者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 当面は入所を希望しないが、必要になった時に入所したい				

入所申し込みの際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します。

1. 入所判定に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (本人または代理人) _____

(添 付 書 類)

1. 認定資料提供等に関する本人同意書
2. 介護保険証の写し

入所申込書

記入参考例

受付印

特別養護老人ホーム
川之江荘 施設長様(申請者) 氏名 川之江 荘子 続柄 妻

申込日 令和 年 月 日

(連絡先) 住所 川之江町長須713番地

電話 (連絡が付きやすい番号をご記入ください)

(000) 0000 - 0000

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

氏名	カワノエ ソウタロウ 川之江 荘太郎	男・女	生年月日	明・大 <u>昭</u> 5年 1月 1日
住所	川之江町長須713番地		電話番号	(0896) 58-5530
保険者	四国中央市・その他 ()		要介護度	3 ・ 4 ・ <u>5</u>
被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6			
日常生活の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅： 独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 別居だが敷地内または近隣に家族がいる <input checked="" type="checkbox"/> 施設： 病院 (医療型・療養型) ・ 老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他 施設 (病院) 名： <u>〇〇病院</u> 利用開始日 <u>令和3年8月1日</u> ※施設入院・入所中の方は在宅生活を想定して、 <input type="checkbox"/> 在宅欄にもご記入ください。			
他施設への申し込み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設へも申し込む (施設名： <u>市内特養全て</u>)			
在宅サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり (その内容： <u>デイサービス週3回、訪問看護週1回</u>) <input type="checkbox"/> 利用なし 担当ケアマネジャー：事業所名 <u>居宅 かわのえ</u> 氏名 <u>〇〇 〇子</u>			
介護者の状況	<u>有</u> ・ 無		入所希望の理由 (該当するもの全てをご記入下さい。)	
主たる介護者	氏名	<u>川之江 荘子</u>	続柄	<u>妻</u>
	住所	<u>同上</u>		
従たる介護者	生年月日	明・大 <u>昭</u> 8年 1月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 病気や障害などで介護が困難	
	氏名	<u>川之江 荘太郎</u>	続柄	<u>子</u>
介護者	住所	<u>同上</u>		
	生年月日	明・大 <u>昭</u> 38年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 他の者を介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
特記事項				
申込者の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 当面は入所を希望しないが、必要になった時に入所したい			

入所申し込みの際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します。

- 入所判定に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
- 入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
- 市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名 (本人または代理人) 川之江 荘子

(添付書類)

- 認定資料提供等に関する本人同意書
- 介護保険証の写し

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書 (事業者等用)

年 月 日

四国中央市長 様

住所 四国中央市川之江町長須713番地
 事業所名 特別養護老人ホーム川之江荘
 代表者氏名 施設長 石村 一人 ㊟
 電話番号 (0896) 58-5530

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

被保険者の氏名等	別紙 認定情報提供等対象者名簿のとおり
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】

被保険者の氏名等	
提供を受けようとする情報	■認定調査票 ■主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 ■介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	■写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

私は、四国中央市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

本人同意欄	氏名	代筆者	氏名 本人との関係 ()
-------	----	-----	------------------

遵守事項

- 1 提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。
- 2 提供を受けた情報は、本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせたり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。
- 4 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。
- 5 市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

処理欄	請求者確認	情報提供年月日	受付印
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 交付 () <input type="checkbox"/> 発送 ()	