

入所のお申し込みについて

【入所申込みの対象となる方】

- ・介護保険の要介護認定を受け、要介護3～要介護5と認定された方。
- ・要介護1又は2の要介護のうち、特例的な入所が認められる方。

【お申込み方法】

1. 入所申込書記入時のお願い

※ボールペンでご記入をお願いします。

①申込日は提出日をご記入下さい。

※受付日は当法人(施設)にて受付担当者が記入します。

②入所希望者は入所を希望されるご本人です。

③申込者は、ご本人が申込者でない場合は、身内で入所希望者のキーパーソンになる方、入所判定の際の面接に立ち会うことのできる方です。

2. 必要書類

①入所申込書

②個別状況調査票 (※担当のケアマネージャー様やワーカー様が記載致します)

③介護保険被保険者証の写し

④介護保険負担限度額認定証の写し(お持ちの方)

⑤障害者手帳(お持ちの方)

3. お申込み日と時間

月曜日～金曜日 (祝祭日を除く) 午前9時～午後5時

※土曜日・日曜日・祝祭日は受付いたしません

4. 退出方法

必要書類一式を添付の上、「特別養護老人ホーム花音」に郵送、又は担当のケアマネージャー様に依頼して下さい。

※入所申込書につきましては、FAX・Eメール等ではお受けできませんので、ご理解の程、宜しくお願い致します。

5. その他

- ・お申し込みの順番がご入所の決定の順番ではありません。
- ・田村市役所では、お申し込みはできませんので予めご了承下さい。
- ・お預かりした書類の個人情報、入所判定以外の目的で使用いたしません。
- ・入所希望者の要介護や家族等の介護者の状況など、入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、または他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当法人(施設)にご連絡下さい。

特別養護老人ホーム花音 入所申込書

施設記入欄	申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
-------	-----	----------	-----	----------

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

入 居 希 望 者 の 状 況	ふりがな							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名							年齢	歳	性別	男・女
	住所	〒							入居対象者本人の同意		あり・なし
			自宅電話						同居の別		<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族と同居
現状	<input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院に入所(院)中 施設(病院)名称： 入所(院)時期： 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 居宅介護支援事業所： 担当ケアマネージャー										
被保険者番号								要介護度	3 4 5 (1 2)		
保険者番号								保険者	市・町・村		
認定年月日		平成・令和 年 月 日						認定の有効期限	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日		
利用者負担割合		<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割		限度額認定証の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階)					

※被保険者番号等は入居希望者の介護保険被保険者証から転記して下さい。

申 込 者	ふりがな							生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名							年齢	歳	性別	男・女	
	住所	〒							続柄			
			同居の別		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				家族構成			
自宅電話							携帯電話					
主介護者の意見 (介護の困難事由)												
主 介 護 者	ふりがな	〒						生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名							年齢	歳	性別	男・女	
	住所							続柄				
		同居の別		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				自宅電話				
携帯電話												
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに応じ込む (入居希望時期： <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 他の施設に応じ込んでいる <input type="checkbox"/> 今後、他の施設に応じ込む予定 ◇施設名： ◇施設名： ◇施設名： ◇施設名：											

同意欄	以上は特別養護老人ホーム入所規定の説明を書面から受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため、介護支援専門員等による調査受け入れや保険者・居宅 介護支援事業者等介護保険事業者から認定調査料・サービス利用の写しを徴することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名 印 (本人) 代筆可 代筆者氏名 印 (続柄：)									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※申込みの際には、介護保険被保険者証(写し)を添付して下さい。

