施設入居の申込書

※申し込みされる施設に〇印して下さい。

	特別養護老人ホーム　あさくら苑		有料老人ホーム　ﾘﾊﾞﾃｨﾊｳｽあさくら

申込日　令和　　年　　月　　日（　　曜日）

受付担当者

申込者	ふりがな	特記事項（施設が記入）
	住　所	
	電　話　（　　）	
	携帯電話（　　）	

入所を希望する人、その状況について　　**※該当するところは記入か〇印、□にはレ印を付けてください**

ふりがな 氏　名	男 女	保 険 者 被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　才）	要介護度	１・２・３・４・５・未認定
住　所			
生　活	□ 自宅で1人暮らし　□ 自宅で家族と暮らす □ 他の施設（老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅）に入所中（施設名　　） □ 現在入院中（病院名　　時期 平成　　年　　月から入院）		
介　護	□ 介護する人がいない □ 介護する人が（ 高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄 ）で自宅では困難 □ 介護する人の（ 身体的 ・ 精神的 ）負担が大きくて自宅では困難 □ 自宅で介護を始めた時期（平成　　年　　月頃から） □ 現在、居宅サービスを利用して（ いる ・ いない ） □ 認知症の程度（日常生活自立度 Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M ）		
医　療	□ 経管栄養　□ 胃ろう　□ 透析　□ インスリン注射 □ 褥瘡（床ずれ）　□ 在宅酸素　□ 吸痰　□ ペースメーカー □ 感染症（　　）　□ その他（　　） 現在治療中の病気など（主治医　　）（歯科医　　）		
申込み 希　望	□ この施設のみ申込む　□ 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設（　　）（　　） ・これから申込む施設（　　）（　　）		

主に介護している人について　　**※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください**

氏　名		続　柄	
同居別	□ 同居している　□ 同じ敷地にいる　□ 近くで別居　□ 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

※ 裏面にも記入してください。

入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の要件に該当する事由の有無 □有　□無	□　認知症であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる □　知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる □　家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である □　単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない
該当する事由の具体的な内容	できるだけ詳しく記入してください

※すべての申込者が記入してください

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏 名　　㊞

※　申込みの際には、被保険者証の（写し）、直近3か月分のサービス利用票及び別表の（写し）を添付してください。
※　申込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください。