入　居　申　込　書

社会福祉法人　京福会　様

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日
担当者名	

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

住所	〒
フリガナ 氏名	入居希望者との関係 （　　）
電話	

申込先（入居施設名）		□特別養護老人ホーム寿山荘　□特別養護老人ホームほのぼの園 □特別養護老人ホーム寿山荘那須 □特別養護老人ホーム寿山荘ブランチさきたま（※住所地が那須塩原市の方に限る）			
入居希望者の状況	（フリガナ）		性別	保　険　者	
	氏　　名		男･女	被保険者番号	
				要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	生 年 月 日	明・大・昭 年　月　日（　）歳		要介護 認定期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
	現 住 所	〒 TEL			
	現　　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名　◇所在地 ◇入所又は入院時期：平成・令和　年　月から入所・入院している			
	入居を希望する理由 （該当するものすべてを選んで下さい）	□介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 □介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 □居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 □施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 □要介護 1 又は要介護 2 の方が入居するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 □ 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・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たすような症状・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疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 □ 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の供給が不十分である。 □その他（　　）			

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>医療の状況</td><td>□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他（　　）
【現在治療中の病気・特記事項等】</td></tr>
<tr><td>申 込 状 況</td><td>□当該施設のみ申し込む。□他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定
◇既に申し込んでいる他の施設名（　　）（　　）
◇今後申し込む予定の他の施設名（　　）（　　）</td></tr>
<tr><td>説明確認欄</td><td colspan="2">私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は介護支援専門員から説明を受けました。
令和　　年　　月　　日
氏　名　　印</td></tr>
<tr><td>同意書</td><td colspan="2">1．入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネジャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。
2．入居のための待機期間中に、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った場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。
3．私は、入居申込書および入居に係る介護支援専門員意見書について、社会福祉法人京福会の関連施設の中で、情報を共有することに同意いたします。
4．当入居申込書を以って、上記でチェックをつけた社会福祉法人京福会の（地域密着型）介護老人福祉施設への入居申込みを行うことに同意いたします。
令和　　年　　月　　日
氏　名　　印</td></tr>
</table>