小規模多機能ホーム喜寿苑　　管理者様

申込日	年　　月　　日

受付者

小規模多機能ホーム喜寿苑　入所申込書

※入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内をご記入下さい。ご不明な場合はｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ等にご相談ください。

入所申込者（本人）の状況					
	フリガナ		性別	要支援	１・２
	氏　名		男 女	要介護	１・２・３・４・５
	生年月日	明・大・昭 年　月　日	年齢	保険者（市）	
				被保険者番号	
	電話番号	－　　－		認定有効期間	年　月　日 ～ 年　月　日
	住　所 （住民票）	〒　　－			
	現在の 居住地	□住所に同じ □病院・施設 □その他	↓住所以外で生活されている方はその場所を記入 （　　）		

↓今後の連絡先・送付先　本人に代わってこの申込（届出）書を記入された場合は、次の欄を記入して下さい。

申込代行者				
	フリガナ		本人との関係	
	氏　　名		電話番号	－　　－ －　　－
	住　　所	〒　　―　　同居　・　別居		

申し込み理由・入所を急ぐ理由		
該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入して下さい。		
□　１　施設入所により安心した生活を送りたい。		
□　２　寝たきり等により、日常生活全般に介護が必要。		
□　３　認知症等により、常時の見守り・介護が必要。		
□　４　施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難。		
□　５　介護者がいない。介護者が入院等で介護ができない。		
□　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　その他の理由（　　）		
具体的状況		
入所希望時期	□今すぐ入所したい	□平成　　年　　月頃までに入所したい。
申し込み予定	□当該施設のみ	□他の施設も申込んでいる。または申込む予定。

同意及び説明確認欄
・入所申込みから入所契約までの手続き、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。
・申込後に保険者に「要介護認定申請書」を提出し要介護認定を更新した場合、新たに交付された「介護保険被保険者証」を速やかに貴施設に提示します。
・申込後に状態の変化、入所が不要となった場合、記載内容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。
・この申込書は受付日から２年間を期限とし、上記の連絡と現況届の返送を以って期限更新される事に同意します。
・入所希望者・介護者を円滑に支援するため、市町村・ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ等と入所に関する必要な情報等を共有することに同意します。
平成　　年　　月　　日　　入所申込者（本人）氏名　　印