

|         |          |
|---------|----------|
| 入所区分    | 一般 ・ 特例  |
| 入所申込日   | 令和 年 月 日 |
| 入所申込受付日 | 令和 年 月 日 |

## 地域密着型特別養護老人ホーム 悠ほ一む 入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム悠ほ一む  
施設長 石本 和久 様

入所申込者 千 一  
住所：  
氏名： 印  
電話番号： ー ー  
入所希望者との続柄（ ）

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

### 記

| 入 所 希 望 者 の 状 況   |   |   |           |       |       |
|-------------------|---|---|-----------|-------|-------|
| ふりがな              |   | 性別  | 男 ・ 女     | 年齢    | 満( )歳 |
| 氏名                |   | 生年月日  | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年 月 日 |       |
| 現住所               | 千 一   |   |           |       |       |
| 居住状況              | <input type="checkbox"/> 天草市に6ヵ月以上居住している <input type="checkbox"/> 天草市に居住して6ヵ月未満である  |   |           |       |       |
| 現在の生活場所           | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等<br>【施設又は病院等】   |   |           |       |       |
|                   | 名称  |   |           |       |       |
|                   | 所在地   |   |           |       |       |
|                   | 入所(院)開始年月日  | 年 月 日から   |           |       |       |
| 保険者名              |   |   | 被保険者番号    |       |       |
| 要介護度              | 要介護度  | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |           |       |       |
|                   | 要介護認定期間   | 年 月 日 から 年 月 日 まで   |           |       |       |
| 入所希望理由<br>(複数選択可) | <input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため<br><input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため<br><input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため<br><input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため<br><input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |   |           |       |       |

| 入 所 希 望 者 の 状 況                                    |  |
|--|--|
| 入所希望<br>時期   | <input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい<br><input type="checkbox"/> 令和      年      月頃までに入所したい |
| その他入<br>所に関して<br>特に希望<br>する事項<br><br>(サービス<br>内容等) |  |

| 特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由   |
|---|
| <p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 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みられる。</p> <p><input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p> |

| 同 意 書   |  |     |   |
|---|--|-----|---|
| <p>今後の熊本県及び天草市における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び天草市に報告することに同意します。</p> |  |     |   |
| 令和      年      月      日   |  |     |   |
| 入所申込者   |  | 氏名: | 印 |
| 入所希望者   |  | 氏名: | 印 |

※ 被保険者証(写)を添付してください。