

★入所申込書のご提出方法

入所申込書にご記入いただき、直接またはご郵送でご提出ください。

郵送先：〒799-2109 愛媛県今治市波方町養老甲1006番地
特別養護老人ホーム 寿山苑 宛

入所申込書は、施設窓口でも申し込み可能です。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

連絡先：0898-36-5300

入所申込書兼第一次判定調査票

申込日	令和	年	月	日
申込番号				

申請者	氏名		続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -		

特別養護老人ホーム寿山苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。
尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

ふりがな 利用者氏名		性別	保 険 者											
		男・女	被 険 者 番 号											
生年月日			要 介 護 度	1・2・3・4・5										
現住所	〒 -		認 定 有 効 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
電話番号	() -		認定審査会意見											
現在の状況	〈 〉 自宅で一人で暮らしている。			認知 (脳血管性・アルツハイマー) 有 ・ 無										
	〈 〉 自宅で家族と一緒に暮らしている。													
	〈 〉 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる。													
	〈 〉 施設や病院に入っている。 入所日(入院日) 平成・令和 年 月 日～ 施設名(病院名)													
介護者の 有 無	〈 〉 介護者が誰もいない(家族がいない場合)													
	〈 〉 介護者がいる 介護者氏名 介護者年齢 歳 生年月日 T・S 年 月 日			続柄： 年 月 日										
入所希望の 理 由 <small>該当するものすべてを 選んでください</small>	〈 〉 介護者がいないため													
	〈 〉 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため													
	〈 〉 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため													
	〈 〉 介護者が現在治療中の疾病や慢性疾患・障害等あるので介護が困難なため (介護者自身が既に介護認定を受けサービスを利用している場合)													
	〈 〉 介護者が他の病弱者や障害者等の世話をしているため介護が困難なため													
	〈 〉 居住環境の事情により十分な介護が困難なため													
〈 〉 その他(理由:)														
注：施設や病院から退所(退院)を求められている場合は、自宅での生活状況を 想定してご記入ください。														
医療の状況	有	現在治療中の病気などわかる範囲でご記入ください												
認知症の有無	無													
申込み状況	〈 〉 貴施設のみ申し込む													
	〈 〉 他の施設も申し込む(施設名:) ※担当居宅介護支援事業所名:													
保険区分	国民健康保険・社会保険・後期高齢者医療・生活保護・その他()													
医療区分	重度身障医療・特定疾患・その他()													
年金受給	有	国民・国障・厚生・厚遺・厚障・共済・共遺・恩給・恩遺・その他												
	無	月々の年金額 円												

特別養護老人ホーム寿山苑の入所指針の説明を受け、次のことに同意します。
 1.入所申し込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
 2.入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
 3.市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること。

令和 年 月 日

氏名(本人又は代理人) _____

入所申込書兼第一次判定調査票（記入例）

申込日	令和〇年〇月〇日	申請者	氏名	愛媛 花子	続柄	長女
申込番号			住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
			電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		

特別養護老人ホーム寿山苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。
尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

ふりがな	えひめ たろう	性別	保険者	今治市									
利用者氏名	愛媛 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	大正10年3月2日		要介護度	1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5									
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		認定有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで									
電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇		認定審査会意見										
現在の状況	<input checked="" type="radio"/> 〇 自宅で一人で暮らしている。 <input type="radio"/> 〇 自宅で家族と一緒に暮らしている。 <input type="radio"/> 〇 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる。 <input type="radio"/> 〇 施設や病院に入っている。入所日（入院日）平成・令和 年 月 日～ 施設名（病院名）			認知 （脳血管性・アルツハイマー） <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無									
介護者の有無	<input checked="" type="radio"/> 〇 介護者が誰もいない（家族がいない場合） <input type="radio"/> 〇 介護者がいる			介護者氏名 続柄： 介護者年齢 歳 生年月日 T・S 年 月 日									
入所希望の理由	<input checked="" type="radio"/> 〇 介護者がいないため <input type="radio"/> 〇 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="radio"/> 〇 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="radio"/> 〇 介護者が現在治療中の疾病や慢性疾患・障害等あるので介護が困難なため （介護者自身が既に介護認定を受けサービスを利用している場合） <input type="radio"/> 〇 介護者が他の病弱者や障害者等の世話をしているため介護が困難なため <input type="radio"/> 〇 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="radio"/> 〇 その他（理由： ） 注：施設や病院から退所（退院）を求められている場合は、自宅での生活状況を想定してご記入ください。												
医療の状況	<input checked="" type="radio"/> 有 現在治療中の病気などわかる範囲でご記入ください												
認知症の有無	<input type="radio"/> 無 高血圧、認知症で投薬中												
申込み状況	<input checked="" type="radio"/> 〇 貴施設のみ申し込む <input type="radio"/> 〇 他の施設も申し込む（施設名： ） ※担当居宅介護支援事業所名： <u>居宅介護支援事業所〇〇〇〇</u>												
保険区分	国民健康保険・社会保険・ <u>後期高齢者医療</u> ・生活保護・その他（ ）												
医療区分	重度身障医療・特定疾患・その他（ ）												
年金受給	<input checked="" type="radio"/> 有 <u>国民</u> ・国障・厚生・厚遺・厚障・共済・共遺・恩給・恩遺・その他 月々の年金額 15万 円												

特別養護老人ホーム寿山苑の入所指針の説明を受け、次のことに同意します。
 1.入所申し込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
 2.入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
 3.市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること。

令和〇年〇〇月〇〇日

氏名（本人又は代理人） 愛媛 花子