

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入居申込書

特別養護老人ホーム 八事苑・第二八事苑
 施設長 様
 入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

八事苑	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	
第二八事苑	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	

入居希望者	ふりがな					性	男	生年月日			
	氏名					別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒 ー				(自宅) (携帯)					
被保険者番号					要介護度		3 4 5 (1 2)				
保険者番号					保険者名						
初回要介護認定年月日					平成・令和 年 月 日		認定の有効期間		平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日		
認定審査会の意見等											

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 ー				(自宅) (携帯)					
	ふりがな					入居希望者との続柄					
	氏名										
その他連絡先	住所	〒 ー				(自宅) (携帯)					
	ふりがな					入居希望者との続柄					
	氏名										

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() () () ()
	申し込み予定施設名	() ()

八事福祉会のいずれへの入居を希望されるか、□にレ印を付けてお選び下さい。

八事苑 第二八事苑 従来型 第二八事苑 ユニット型 どちらでも良い

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、また、法人内での申込情報の共有に関して施設から説明を受けました。また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____ ()
-------	---

入居希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）						
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	

近親者の状況							
配偶者（ 歳）		子供（子の配偶者）氏名			続柄	居住地	孫氏名
本人							
兄弟姉妹氏名		続柄		その他本人に係わる人：（甥姪、友人、後見人 等）			
自由記載欄（親族状況で本人への介護力の有無や困難度など施設側に知っておいてほしい事等）							

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭・平	続	
	氏名		別	女	年月日	年月日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 無						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ）							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない（介護者に代わって面会や連絡を取ってくれる方もいない）							
居宅介護支援事業者又は施設名	電話番号		担当者名					
入居希望者の入院・入所（老人保健施設、療養型病床群等）歴								
病院等施設名	病名等	(通院・入退院・入退所) 期間						
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								
上記の如く入居申込を受け付けました。								
受付者：八事苑・第二八事苑 / 職名 _____ 氏名 _____								