

## 入 所 申 込 書



特別養護老人ホーム ジェロントピア新潟 施設長 宛

申込者

住 所	〒
ふりがな 氏 名	入所希望者との続柄
電話番号	(携帯)

入所希望者 (御本人)	ふりがな	男 ・ 女	生年月日 M・T・S 年 月 日( 歳)
住 所	〒  電話 ( )		
介 護 保 険	要介護度		認定期間 年 月 日～ 年 月 日
	被保険者番号		保険者名 (市町村名)
	整 理 番 号		
負担限度額認定証	非該当(第4段階)・該当(3段階①・3段階②・2段階・1段階) ※ケアマネージャーへご確認ください。		
健 康 保 険	後期高齢者医療保険(受給者番号 )・その他( )		
年 金 等	年金の種類	国民・厚生・共済・障害・遺族・老齢福祉年金・恩給	
	年金の年額	円	世帯の総収入 円
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居)		
	<input type="checkbox"/> 施設や病院に入所(入院)中 名称 ( 年 月～)		
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析		
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射(朝・昼・夕・眠前) <input type="checkbox"/> その他( )		
	既往歴および治療中の病気		
	病名	医療機関	期間
留 意 事 項	要介護度の変更、他特養への入所等、御本人やご家族の状況に変更があった場合は、必ず生活相談員まで連絡してください。 生活相談員 内山 (電話) 025-379-1181 (携帯) 080-7827-2850		

身元引受人					
身元引受人1	ふりがな			住所〒	
				電話	携帯
勤務先	電話				
身元引受人2	ふりがな			住所〒	
				電話	携帯
勤務先	電話				
ご家族の構成(同居家族と別居を含むご本人の子供世代全員)					
氏名	続柄	性別	生年月日	世帯	就労の有無・電話番号(無職の場合は「無職」と記載)
		男・女		同・別	
		男・女		同・別	
		男・女		同・別	
		男・女		同・別	
		男・女		同・別	
入所希望者の意向	① 入所の順番が来たら(すぐに入所したい・年 月までには入所したい) ② 他施設への申込み状況 <input type="checkbox"/> ジェロントピアにのみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (施設名 )				
特例入所の理由 (介護度1、2の方のみ)	要介護度1または2の方は、「居宅において日常生活を営む事が困難な止むを得ない事由」が無いと原則として特養入所は出来ません。 下記該当する事由に○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障をきたす症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等により深刻な虐待が疑われる等、心身の安全・安心の確保が困難。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱等により、支援に期待できず、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分。  上記要件の具体的な理由 [ ]				
説明確認および 情報収集に係る 同意	私は貴施設への申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続きおよび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。 なお、貴施設が入所順位決定の為に必要な範囲内において、私(入所希望者)および家族に関する情報を、市区町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設および医療機関から収集することに同意します。  年 月 日 入所希望者 印 入所申込者 印				
担当のケアマネージャー	氏名			電話	
	事業所名				