|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　月　　日 | ※受付日 | 年　　月　　日 |

特別養護老人ホーム　うおの園　入所申込書

特別養護老人ホーム　うおの園　施設長　様

申込者（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
|  | （入所希望者との続柄　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　　） |

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | M・T・S　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 現住所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　） |
| 介護保険 | 被保険者番号 |  | 保険者名 | [ ] 魚沼市　[ ] 長岡市　[ ] その他 |
| 要介護度 | [ ] 要介護１　[ ] 要介護２　[ ] 要介護３　[ ] 要介護４　[ ] 要介護５ |
| 認定期間 | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 |
| 健康保険 | （種別）後期高齢者・健保・国保・共済・組合・生保　（記号・番号）　　　　・　　　　　 |
| 年金等 | （種別）老齢（国・厚）年金・障がい（国・厚）年金・福祉年金・その他（　　　　　　　　） |
| 障がい者手帳等 | 手帳の種類　　　　　　　　　　　　　　　（障がい名：　　　　　　　　）判定　　　　　　級（度）　　　　　年　　月　　日 |
| 現況 | [ ] 自宅（　単身　・　同居　）[ ] 病院（施設）に入院（入所）中　名称　　　　　　　　　　　（　　　年　　月　　日～） |
| 医療の状況 | [ ] 経管栄養　[ ] カテーテル　[ ] ストマ（人工肛門）　[ ] 酸素療法[ ] インシュリン注射[ ] 透析　[ ] 気管切開　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）現在治療中の病気

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名 | 入院・通院医療機関名 | 期間 |
|  |  | ～ |
|  |  | ～ |
|  |  | ～ |

既往症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名 | 入院・通院医療機関名 | 期間 |
|  |  | ～ |
|  |  | ～ |
|  |  | ～ |

 |
| 入所希望者の意向 | [ ] 今すぐ入所したい他の申込状況[ ] 他の施設に申込んでいない[ ] 他の施設にも申込んでいる（○をつけてください）　美雪園　うかじ園　あぶるま苑　寿和ホーム　あおりの里その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族構成 | 主副 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業（勤務先）・電話番号 | 備考 |
| 同一生計者 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 同居していない扶養義務者（本人の子供） |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ※　主介護者に◎印、副介護者に○印を付けてください |
| 申請理由 |  |
| 担当介護支援専門員 | 氏名 |  | 連絡先 | （　　　　） |
| 事業所名 |  |
| 留意事項 | 　本申込書の記載及び入所等についてご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。連絡先　特別養護老人ホーム　うおの園TEL 025（792）1096　FAX 025（792）2121 |
| 説明確認及び情報収集に係る同意書 | 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及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。貴施設が入所順位決定のため必要な範囲において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、地域包括支援センター、担当居宅介護支援事業所、医療機関及び他の介護保険施設等との間で情報収集することに同意します。また、特例入所対象者（要介護1又は要介護2）として申込む場合は、貴施設から市町村に、本入所申込みに係る情報を提供し、その意見を求めることに同意します。令和　　年　　月　　日入所希望者　　　　　　　　　　　　　　　入所希望者の家族　　　　　　　　　　　　　　　 |