

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	〒
フリガナ氏名	(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 フリガナ氏名	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	<input type="checkbox"/> 魚沼市 <input type="checkbox"/> 長岡市 <input type="checkbox"/> その他
	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	
	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	<input type="checkbox"/> 自宅(単身 ・ 同居)		
	<input type="checkbox"/> 病院(施設)に入院(入所)中 名称 _____ (年 月 日~)		
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法		
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい					
	他の申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設に申込んでいない <input type="checkbox"/> 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)として申込み場合は、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 _____ ◎