

十日町圏域統一

特別養護老人ホーム 標準入所申込書

特別養護老人ホーム 施設長 様

申 込 者 (連 絡 先)	住 所	〒 ー
	(フリガナ) 氏 名	----- (入所希望者との続柄 ；)
	電話番号	TEL ()

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 氏 名	性 別		男 ・ 女	
	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
現 住 所	〒 行政区 () TEL ()			
介 護 保 険	被保険者番号	保 険 者 名		<input type="checkbox"/> 十 日 町 市 <input type="checkbox"/> 津 南 町 <input type="checkbox"/> その他 ()
	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 末日
	居宅介護支援事業所		介護支援専門員名	
申 請 理 由	介護が必要となった主要疾患名		利用者の状態と家庭介護の状況など	
入所希望の 意 向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んである			
健 康 保 険	国保・後期高齢・その他 ()		障 害 者 手 帳 等	有 ・ 無
年 金 等	種別		療 育 手 帳	有 ・ 無
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) ・ ・ ・ ・ ・ 主介護者 _____ <input type="checkbox"/> 施設 (病院) に入所 (入院) 中 ・ ・ 名称 _____ (年 月 日～) <input type="checkbox"/> その他 ()			
利 用 中 の サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> その他			
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 ()			

身元引受人		続柄	住 所 〒	電話
勤 務 先	電話 ()			
第2連絡先		続柄	住 所 〒	電話
勤 務 先	電話 ()			

家族構成（同一生計者）

氏 名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）	電話番号

同居していない扶養義務者（利用者の子）

氏 名	続柄	性別	生年月日	住 所	電話番号

<添付書類> ①介護保険証の写し ②介護支援専門員の意見書

他施設への 申し込み状況	※下記施設の中で、今回申し込み施設の他にも申し込みをした施設がありましたら□にチェック（☑）をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム恵福園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム三好園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームほくほくの里 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームあかね園 <input type="checkbox"/> ケアホーム恵福園なかつ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム三好園しんざ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム七川荘 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム不老閣 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームまほろばの里川治 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム桜湯の里 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームみさと苑 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームなの花 ※地域密着型は市内または町内に住所のない方は申し込みができませんのでご注意ください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム三好園四ツ宮（地域密着型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームあかね園（地域密着型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームよしだ（地域密着型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームほくほくの里（地域密着型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム七川荘やすらぎ（地域密着型） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームかりんの里（地域密着型）

説明確認及び 情報収集に 係る同意	私は、貴施設への入所申し込みの際し、入所申し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。		
	なお、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、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及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 入所希望者の家族 _____ 印		

＜十日町圏域統一入居申し込み用紙：別紙＞

◆留意事項

本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居された場合は、必ず申し込みした施設にご連絡をお願いします。

連絡先は下記の一欄表をご確認ください。

【連絡先】

施設名	所在地	連絡先
特別養護老人ホームあかね園	〒948-0136 十日町市高原田278番地1	TEL：025-768-4565 FAX：025-768-4865
特別養護老人ホーム恵福園	〒949-8201 津南町下船渡丁2682番地3	TEL：025-765-3700 FAX：025-765-3703
ケアホーム恵福園なかつ	〒949-8311 津南町大字中深見甲5540番地	TEL：025-765-5800 FAX：025-765-5803
特別養護老人ホーム七川荘	〒949-8401 十日町市上山己2739番地	TEL：025-763-2669 FAX：025-763-3180
特別養護老人ホーム不老閣	〒942-1406 十日町市松之山1028番地8	TEL：025-596-3366 FAX：025-596-3234
特別養護老人ホームほくほくの里	〒942-1427 十日町市太平664番地4	TEL：025-597-2020 FAX：025-597-2041
特別養護老人ホーム三好園	〒949-8603 十日町市下条3丁目485番地1	TEL：025-756-2106 FAX：025-756-2107
特別養護老人ホーム三好園しんざ	〒948-0003 十日町市新座甲609番地2	TEL：025-752-7670 FAX：025-752-7672
特別養護老人ホーム三好園四ツ宮	〒948-0081 十日町市四ツ宮卯320番地9	TEL：025-750-5288 FAX：025-750-5289
特別養護老人ホームよしだ	〒948-0106 十日町市南鍔坂446番地1	TEL：025-761-7182 FAX：025-757-8660
特別養護老人ホーム まほろばの里川治	〒948-0036 十日町市川治4525番地	TEL：025-761-7333 FAX：025-752-7811
特別養護老人ホーム桜湯の里	〒949-8407 十日町市田中口471番地1	TEL：025-763-2555 FAX：025-763-2550
特別養護老人ホームかりんの里	〒949-8202 津南町大字芦ヶ崎乙329番地1	TEL：025-765-3600 FAX：025-765-3333
特別養護老人ホームみさと苑	〒949-8202 津南町大字芦ヶ崎乙317番地1	TEL：025-765-3400 FAX：025-765-2521
特別養護老人ホームなの花	〒949-8617 十日町市中条己2958番地	※特養みさと苑内開設準備室 TEL：025-765-3400 FAX：025-765-2521

※対応は各施設入居受付担当者です。