

入 所 申 込 書

〈シニアリビング八雲ガーデン〉

No.		申込者 (連絡先)	氏名		続柄		
年月日	平成 年 月 日		住所	〒			
			TEL		携帯		

介護保険被保険者証の写しを添えて次のとおり申し込みます。なお、入所のための待機期間中に貴施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに連絡します。

入 所 者 の 状 況	フリガナ 氏 名		男・女	保 険 者		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		被保険者No.	
	現 住 所	〒 TEL		要介護度	1・2・3・4・5	
	給付制限			認 定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内または近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設、病院名： 入所、入院日：)				
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名： 続柄： 介護者の生年月日： 同居・別居				
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事についているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難 <input type="checkbox"/> 他に介護している <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 () 注：施設や病院にいる場合は、自宅での生活状況を想定してご記入下さい。				
	該当するものすべてを選んでください					
	申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の法人施設も申込み				
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	ケアマネジャーがいる場合	事業所名 () 名前 () TEL		
緊急性の有無	<input type="checkbox"/> ある ⇒ 理由： <input type="checkbox"/> ない					

社会福祉法人はびねす福祉会の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 市町村から要求があった場合、この申込情報を市町村に提供すること。

平成 年 月 日

氏名 (本人または代理人)

印

入所申込辞退届

〈シニアリビング八雲ガーデン〉

社会福祉法人はびねす福祉会の施設入所申込を辞退したいので、以下のとおり届け出ます。

入所を希望していた方の情報										
フリガナ 氏名				保険者						
				被保険者No.						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
現住所	TEL									
申込 辞退 の 理由	<input type="checkbox"/> 自宅で介護できる状態になった <input type="checkbox"/> 他の施設に入所が決定した <input type="checkbox"/> 病院から退院する見込みが見つからない <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> その他 ()									

平成 年 月 日

辞退届出者

住所

氏名 _____ 印

入所申込書記載事項変更届

〈シニアリビング八雲ガーデン〉

入所申込書の記載事項に変更があったので、以下のとおり届け出ます。

変 更 事 項 (変更点のみご記入ください)	
申込者 (連絡先)	氏名 住所 Tel 続柄
入所者 現住所	
保 険 者 被保険者No.	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
現在の 居場所	
介護者	
介護の状況	

平成 年 月 日

変更届出者

住 所

氏 名 _____ 印