

入 所 申 込 書

No.

申込年月日： 令和 年 月 日

株式会社ベルワイド殿

私は、おるde新町介護付有料老人ホームに入所したく申し込みを致します。

尚、入所の為の待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、もしくは、要介護度・連絡先・介護状況等について変更があった場合、速やかにご連絡いたします。

申込者

ふりがな			
氏 名	印		
入居予定者との続柄			
住 所	〒		
電話番号	()		

希望内容	☐ 特定施設入所者介護 (☐ プランA ☐ プランB ☐ プランC) ☐ ショートステイ										
入所予定者	介護保険	保険者番号				被保険者番号					
	介護予防サービス	要支援	1	有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日						
		要支援	2	有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日						
	要介護度	経過的要介護：1・2・3・4・5				有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
	ふりがな					生年月日	(満 歳)				
	氏 名					M・T・S	年	月	日		
現住所	〒										
介護者の状況	☐ 介護者あり ☐ 介護者なし										
	※有りの場合、ご記入ください。										
	介護者	☐ 配偶者		☐ 子供		☐ 子の配偶者		☐ 孫			
		☐ 兄弟・姉妹		☐ 甥・姪		☐ 親戚		☐ ホームヘルパー			
		※ホームヘルパーの場合									
		在宅支援事業者名 担当ケアマネージャー									
※ホームヘルパー以外の場合											
介護者の状況をご記入ください。(就労中・病弱で介護が困難など) ()											
入所予定者の状況	病名(現在治療中の病名)					かかりつけ病院名・主治医名					
	①歩行					☐ 自立		☐ 一部介助		☐ できない	
	②食事					☐ 自立		☐ 一部介助		☐ 全介助	
	③排泄・トイレ					☐ 自立		☐ 一部介助		☐ 全介助	
	④オムツ・リハビリパンツ					☐ 常時使用		☐ 夜間のみ			
	⑤認知					☐ 有		☐ 無			
	上記⑤有の場合、問題行動があれば次の中からお選びください。(複数回答可)										
	☐ 暴言暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 物を壊す ☐ 昼夜逆転 ☐ 外に出たら1人で戻れない ☐ その他 ()										
現在の状況		☐ 在宅 ☐ 入院 () ☐ 施設 ()									
家族構成		☐ 子供世帯と同居 ☐ 同敷地内又は、近隣に家族がいる ☐ 単身の子供又は、兄弟姉妹等と同居 ☐ 老夫婦世帯 ☐ 独居世帯									

おるde新町介護付有料老人ホームの入所説明を受け、次のことに同意いたします。

- 入所申込に必要な「介護認定調査にかかわる情報」等を市町村・介護保険施設・居宅支援事業者から得る事。
- 市町村から要求があった場合、この申込情報を市町村へ提供する事。
- 入居者判定会で協議したうえで、入居の順番を決定する。入居の順番は申し込み順ではない事。
- 入居に関しては施設の状況や、利用者の緊急性により変更がある事。

令和 年 月 日

入所希望者名(本人)

印

署名代行者名(家族)

印

※入所申込書に記載された内容については秘密を厳守いたします。

株式会社 ベルワイド