社会福祉法人北星会　入所施設申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男　/　女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 本人氏名 |  |
| 本人住所 | （〒　　　　　‐　　　　　　）　（℡　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 要介護度 | □要介護1　　□要介護2　　□要介護3　　□要介護4　　□要介護5　　□申請中 | | | | |
| 認定の有効期限 | 平成　　　年　　　月　　　日　　～　　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 現在の状況 | □自宅で介護サービスを利用している。 | | | | |
| □施設（病院）に入所（院）中　【施設（病院）名　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | |
| 担当ケアマネージャー | 【事業所名】　　　　　　　　　【氏名】　　　　　　　　　　【電話番号】 | | | | |
| かかりつけの医療機関 |  | | | | |
| 申込施設 | □特別養護老人ホーム与謝の園（与謝野町）　□北星会以外の施設  □特別養護老人ホーム天橋の郷（宮津市）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男　/　女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 申込者氏名 |  |
| 申込者住所 | （〒　　　　‐　　　　　）　（℡　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 本人との関係 | □同居　　　□別居 | | | | |
| □配偶者　　□子　　　□子の配偶者　　□兄弟姉妹　　□その他（　　　　　　） | | | | |

※申込者と主たる介護者が同一の場合は、記入不要。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男　/　女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 主たる介護者氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　　‐　　　　　）　（℡　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 本人との関係 | □同居　　　□別居 | | | | |
| □配偶者　　□子　　　□子の配偶者　　□兄弟姉妹　　□その他（　　　　　　） | | | | |

【入所申込み理由】（困っていることなど）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所希望します。また次の項目について同意します。

・入所希望者の状況について、申し込み施設から担当ケアマネージャー並びに市町村担当課に照会すること。

・入所待機中に本申し込み施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は、速やかに申し込み施設に連絡すること。

・入所施設申込書の有効期限は申込日から2年間とし、以降は再申込みすること。（再申込みなければ破棄する）

令和　　年　　月　　日

本人氏名　　　　　　　　　　　　㊞

※注：施設記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 平成　　年　　月　　日 | 受付番号 |  |
| 辞退・削除等 | 平成　　年　　月　　日 | 事由 |  |