特別養護老人ホー	ム入所申込書	를(その1)				
	申込日	令和	年	月	日	
	受 付 日	令和	年	月	日	
	F \12 \1	· ·				

社会法人 松川会 特別養護老人ホームチェリーヒルズ新座 殿

〒	
	本人との関係
()
	Ŧ (

特別養護老人ホームへ優先入所したいので 次のとおり申し込みます

ניית דר	支護化スホーム・	・後ルバ	7 0/20	<i>77</i>	ר ליכנ	-020/6	7 0		
	(ふりがな)					性別	保険者		
	氏 名					男	被保険者番号		
	生年月日	明・大・	昭 年	月日(歳)	女	要介護度	1 • 2 • 3	• 4 • 5
本	住 所	₹				介護期	認定間	年 月 年 月	日から 日まで
Д	現在利用して宅サービ 状況		(3 訪問 (入 浴 介 護 看 護 リハビリ -)) ション)	(7 短期入所: (8 短期入所: ())
	認知症等による不	適応行動	1 🧃	非常に多い		2 やや	⁽ ッ多い 3	少しあり) 4 なし
の			【現在治	 療中の病気等	至]				
	医療的措置	の状況	1.カテー		·マ(人	工肛門)	3.経管栄養		
						שוינט)	
状			(音がいないた <i>め</i> 音がいるが障害		病の状況に	こあり介護が困難な	こため)
1)			()
			3 介護者	針がいるが高齢	徐等の	ため十分な	r介護が困難なた&		
	 	正な	()
	優 先 入 F 希 望 す	る	4 介護者	すがいるが就業	€して!	いるため十つ	分な介護が困難な	ため	,
	理	由	(5 	とがいてが女に	∃ ∇ /→	安佐が庁気	ミの仕つにもい上へ	\+>ヘ誰が日 #+>+) - わ
況			5 介護者 (ョルいるか自力	こメは	涿 沢	はい仏流にめり十分	かな介護が困難なた	(۵)
			` 6 介護領	保険施設に入戸	近して	いるが替わ	りたい		,
			(., .	- 0.0 117)
			` フ その他	<u> </u>					·
			()

特別養護老人ホーム入所申込書(その2)

		(ふし	Jがな)				性 別	本人との関係
介		氏	名					
	主 た る介 護 者	生年	月日	明・大	• 昭	年	F	月 日(歳)
護		同居	の区分	1 同 居 2 別 居()
		(ئى ا	りがな)				性別	本人との関係
者		氏	名					
0	従たる 介護者 	同居	の区分	1 同 居 2 別 居()
の		介護の	の可能性	介護困難		多少介語	護可能	• 介護可能
	介 護 期 間		年	ヶ月				
状	主たる介護者の就労	状況	主たる介護	者の育児の状況			介護者	の健康状態
'n	有 (常勤・パート) 有(人 歳)	良好 不良	. (護者の家) (アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・アンス・	
況	無		無		良好不良)
	優 先 入 所 を 希 望 す る 時 期 2 年 月頃までには入所したい							
そ	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:							
の	待機期間			年		4	7月	
他	他 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・ 行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である							
説明	私は、優先入所申 ついて施設から説明 令和			定の手続き』 日	及び入戸	所の必要	性を評	価する基準等に
耀認	確							
印心								

- ※1 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。
- ※2 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

特別養護老人ホーム入所申込書(その3)

_入所希望者等の状況(語	核当する項目に○または☑マ	を記入してください)		
	1.徘徊 2.大声や奇 上記の頻度や行為など	声 3.不潔行為	4.暴力や自傷行為 ばださい	5.異食
あり・なし	()
(ありの方は右欄に 記入してください)	6.その他 (※認知症のある方の身	体の状況は(口寝たき	りになっている □寝;) たきりではない)
本人の入所の意向	□入所を希望 □知らせていない	□迷っている		している
優先入所を希望する時期	口6ヶ月以内 口1	年以内 □1年	以上先 口その	也
現在のお住まいにつ いて		6.特別養護老人才		-プホーム ーム)
どれか一つにOを付 けてください		時期(る自宅が(□ある	□ない))
本人の住居地	1.新座市内 2.埼玉	県内 3.県外		
経済状況	1.国民年金 2.厚生 月々の収入 およそ	E年金 3.共済年 (金 4.その他())
医療的処置の状況(補足) (既往歴) 時期、結果などを詳しく記入してください (その他健康状態に関する特記事項)				
身障手帳	なし ・ あり (種別	· ·	等級)	
同居家	族の状況		近親者の状況	
氏名		兄弟姉妹	子	
生年月日	続柄			
氏名				
生年月日	続柄	本人	_	
氏名	/+ + + +			
生年月日	続柄	<u> </u>		
氏名 _{生年月日}	続柄	<u> </u>		
ļ ļ	ויאטניורין			
在宅介護の状況				

利用している在宅サービス]
	※介護保険施設に入所している方は、入所前の状況をお知らせください。