

有効期限

令和6年9月30日

様式1

(特別養護老人ホーム マナハウス)

本申込書による入居申込みの有効期限を上記のとおりいたします。

## 入 居 申 込 書

|           |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |                     |              |     |
|-----------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|---------------------|--------------|-----|
| 申込年月日     |              | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 受付番号             |                     |              |     |
| 入居申込者     | フリガナ         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 明治・大正・昭和         |                     | 性別           | 男・女 |
|           | 氏名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 生年月日 年 月 日 ( 歳 ) |                     |              |     |
|           | 住所           | 郵便番号( - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  | 電話番号                | ( )          |     |
|           | 介護認定         | 申請(更新・変更)中・済                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                  | 被保険者番号              |              |     |
|           | 要介護度         | 1・2・3・4・5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  | 認定の有効期間             | 年 月 日～ 年 月 日 |     |
|           | 現在の住居        | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム<br><input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>年 月頃より 施設名【 】 |  |                  |                     |              |     |
| 家族・申込者    | フリガナ         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 続柄               |                     | 備考           |     |
|           | 氏名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |                     |              |     |
|           | 住所           | 郵便番号( - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  | 電話番号                | ( )          |     |
| 連絡先       | 郵便番号( - )    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 電話番号             | ( )                 |              |     |
| 居宅介護支援事業者 | 事業所名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  | 事業者番号               |              |     |
|           | 住所           | 郵便番号( - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  | 電話番号                | ( )          |     |
|           | フリガナ<br>担当者名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 備考               |                     |              |     |
| 他施設の申込状況  | 施設名1         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |              |     |
|           | 施設名2         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |              |     |
|           | 施設名3         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |              |     |
| 入居希望時期    |              | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入居したい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                  |                     |              |     |

## 【説明確認及び同意書】

## 次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入居申込から契約までの必要な手続き及び入居にあたっての注意事項について
- ・ 入居申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入居優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入居できないことについて(裏面)

## 次の事項について同意します。

- ・ 入居が可能になったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入居制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名

印(続柄)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入居に関する要件を確認してください。

- |           |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 入居申込者     |                                                                                                                | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
|           |                                                                                                                | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
|           | 医療の状況                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル<br><input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> その他( )<br>【現在治療中の病気・特記事項等】 |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
|           | 居宅介護サービスの利用状況                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない<br>*居宅介護サービス(デイサービス,ショートステイ, ホームヘルプなど)を利用している方は, 居宅介護支援事業者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。                                                                                                             |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
| ※介護者の状況   | 介護者                                                                                                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |  |  | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | 介護者の障害・疾病の状況                                                                                   |  |
|           |                                                                                                                | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |  |  |                                                            | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少困難<br><input type="checkbox"/> 介護可能 |  |
|           |                                                                                                                | 続柄                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |  |  | 複数介護                                                       | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                                   |  |
|           |                                                                                                                | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                | T・S・H     年     月     日                                                                       |  |  | 育児                                                         | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                                   |  |
|           |                                                                                                                | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒                                                                                             |  |  | 就労                                                         | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                                   |  |
|           | その他の介護協力                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> ときどき有り <input type="checkbox"/> 常時有り |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
| 家族構成      | 同居者を○で囲む                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |
| 入居を希望する理由 | *施設や病院等から退所を求められている, 居住環境が介護に適していない, 経済的な理由により, 居宅介護サービスを十分に受けることが出来ないなど, 特に, 特別養護老人ホームの入居を希望する理由があれば記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                               |  |  |                                                            |                                                                                                |  |