

# 入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日		年	月	日
申込者	住所	〒		
	(フリガナ)氏名	※(本人は不可)		希望者との関係
	電話番号	①	②	

受付施設
------

(フリガナ)入居希望者氏名	性別	男性	・	女性
生年月日	大正	昭和	平成	歳

現住所	〒
	TEL

介護保険	介護保険番号	保険者	阿賀野市・阿賀野市外( )							
	要介護度	要介護3	要介護4	要介護5	特例入居対象者	要介護1	要介護2			
	認定期間	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
	居宅支援事業所	介護支援専門員								

申請理由	
------	--

入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する ※下記の希望する施設にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 白鳥荘(ユニット型個室のみ) <input type="checkbox"/> やすだの里(多床室・個室) <input type="checkbox"/> コスモスの里(地域密着ユニット型個室・多床室・個室) <input type="checkbox"/> はぐろの里(多床室・個室)
----------	--

健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢(本人・扶養)
------	--

年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他( )	老人医療受給	有・無
		障害手帳等	有・無

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設に入所(施設名)( ) 入居日 H・R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 入院中または療養病棟( )病院( )病棟 入院日 H・R 年 月 日 ~
----	--

カテーテル( )  経管栄養(経鼻・胃ろう)  インスリン(1日 回)  酸素療法  気管切開  肝炎  
 癌( )  吸痰(1日 回)  人工透析  ストーマ(人工肛門)  ペースメーカー  その他( )

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

◎主たる介護者

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住 所	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

説明確認及び 情報収集にか かわる同意書	私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。
	令和 年 月 日
	入居希望者 _____ 印
	入居希望者の家族 _____ 印

問い合わせ先	本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。  <b>【連絡先担当者】</b> 阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当:川上 電話番号 0250-62-9898
--------	---

# 入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日	R1 年 4 月 1 日
住所	〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地
申込者 (フリガナ) 氏名	ハクチョウ タロウ 希望者 ※(本人は不可) 白鳥 太郎 長男
電話番号	① 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 ② 0 2 5 0 - 6 2 - 9 8 9 8

申込者は本人以外で契約の際に直接電話連絡できる方。

(フリガナ) 入居希望者 氏名	ハクチョウ ハナコ	性別	男性 ・ 女性
白鳥 花子	生年月日	大正 昭和 平成	7 年 4 月 2 日 87 歳

現住所	〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地
	必ず正確に記入して下さい。 介護保険番号は10桁です。
	Tel 0 2 5 0 - 6 2 - 9 8 9 8

介護保険	介護保険番号 0 0 0 4 1 2 3 4 5 6	保険者	阿賀野市 阿賀野市外( )
	要介護度 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	特列入居対象者	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	認定期間 (H) R 30 年 1 月 1 日 ~ H (R) 1 年 12 月 31 日		
	居宅支援事業所 居宅介護支援事業所はぐろの里	介護支援専門員	畑江 次郎

申請理由	在宅介護が困難なため。今すぐ入居したいにチェックがない場合は、将来を考えて申し込みを行ったと判断し、順位は付きませんのでご注意ください。
------	--

入居希望者の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する ※下記の希望する施設にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 白鳥荘 (ユニット型個室のみ) <input checked="" type="checkbox"/> やすだの里 (多床室・個室) <input checked="" type="checkbox"/> コスモスの里 (地域密着ユニット型個室 多床室・個室) <input checked="" type="checkbox"/> はぐろの里 (多床室・個室)
----------	--

健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 本人	老人医療支給 有・無	障害手帳等 有・無
年金等	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 高齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他( )		

施設には複数の居室があり、利用料金にも差額があります。

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設に入所(施設名)( ) 入居日 H・R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 入院中または療養病棟( )病院( )病棟 入院日 H・R 年 月 日 ~
----	--

□カテーテル( ) 経管栄養(経鼻 胃ろう) □インスリン(1日 回) □酸素療法 □気管切開 □肝炎  
□癌( ) 吸痰(1日 3 回) □人工透析 □ストーマー(人工肛門) □ペースメーカー □その他( )

現在治療中の病気

病名	入通院医療機関	期	間
高血圧	〇〇医院	H24 年 5 月 10 日 ~	年 月 日
アルツハイマー型認知症	〇〇〇病院	H31 年 1 月 11 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

なるべく正確にご記入願います。

既往歴

病名	入通院医療機関	期	間
脳梗塞	〇〇〇病院	H5 年 3 月 2 日 ~	H5 年 4 月 6 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

◎主たる介護者

自宅に本人がいない場合は、自宅に戻った時に介護する方の名前を記入してください。

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
ハクチョウ ○○ 白鳥 ○○	長男の妻	男・女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 20年3月20日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
ハクチョウ タロウ 白鳥 太郎	長男	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 18年5月5日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	長男の妻	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 20年3月20日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	孫	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 45年2月2日	株○○○・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	孫の妻	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 46年7月7日	○○○会社(パート)・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	ひ孫	男(○)女	T・S H・R 17年3月3日	中学生	
○○○	ひ孫	男(○)女	T・S H・R 22年1月1日	小学生	

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住所	携帯番号
アガキタ ○○コ 阿賀北 ○○子	長女	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 19年8月8日	東京都○○区○○町○○番地	○○○-○○○○-○○○○
アガキタ ○○オ 阿賀野 ○○男	二男	男(○)女	T <sup>Ⓢ</sup> H・R 20年9月9日	新潟市○○区○○町○○番地	○○○-○○○○-○○○○
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

説明確認及び 情報収集にか かわる同意書	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 1 年 5 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者 <u>白鳥 花子</u> 印</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 <u>白鳥 太郎</u> 印</p>
----------------------------	--

問い合わせ先	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。</p> <p><b>【連絡先担当者】</b></p> <p>阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当:川上 電話番号 0250-62-9898</p>
--------	--