

# 楽晴会 介護老人福祉施設 入所申込届・状況変更届

<b>入所希望施設</b> (○を記入)	( ) 特別養護老人ホーム 三沢老人ホーム
	( ) 地域密着型特別養護老人ホーム 栄町ぬくもりの家
	( ) 地域密着型特別養護老人ホーム 岡三沢ぬくもりの家
	( ) 地域密着型特別養護老人ホーム 松原ぬくもりの家

\* 地域密着型特別養護老人ホームは三沢市発行の介護保険証をお持ちの方がお申込できます。

<b>入所希望者(本人)</b>	フリガナ		<b>性別</b>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<b>年齢</b>	
	氏名		<b>生年月日</b>	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
	住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]				
	介護度(注)	【 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 】 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 [認定有効期間] 年 月 日から 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 年 月 日 新規申請・区分変更申請)				

(注) 要介護1・2の方は必ず下の特列入所の該当要件を選択してください。

<b>申込者</b>	フリガナ		<b>入所希望者との関係</b>	<b>連絡先</b>	
	氏名		( )	<b>自宅等</b>	
	住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]			

<b>確認事項</b>	<b>入所希望の時期・理由</b>	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く入所したい(待機者) <input type="checkbox"/> 2. いずれ入所したい(申込者) 理由:
	<b>待機場所(退院後予定)</b>	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他( )

**同意欄**

・ 個人情報の利用については、問題や課題の解決を目的として、行政機関やサービス事業者等と情報共有することに同意いたします。	氏名(本人) 印
年 月 日	代筆者(続柄: ) 印

なお、サービス上知りえたご利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に開示いたしません。契約後も同様です  
 ※太線枠内の項目は必ず記入してください。

**介護受付センター** 住所: 三沢市大町2丁目6番27号大町ビル1階  
 電話: 0176-53-2231  
 営業時間: 月～金 8時30分から17時



<b>&lt;特列入所の該当要件&gt;</b>	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がいを伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 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である。
--------------------------	---

右の該当する項目を選択してください。

**(法人使用欄)**

受付者(受取り施設名)	入居希望施設の順番(有・無)	備考
		特養0150 2020/06/01