


# 介護老人福祉施設小山荘入所申込書類

## 入所申込方法と手続き

- 1) 別紙の申込書(表面・裏面)に必要事項をご記入下さい。  
申込書の記入にあたり、調べないと、すぐには記入できない箇所がある場合には、この申込書をお持ち帰りいただき、後日、郵送で結構ですので施設にご提出ください。
- 2) 申込書の記載された情報は、入所の目的以外には使用しません。
- 3) 郵送受付後申込みの確認のお電話を入れさせていただきます。
- 4) 入所するまでの間に、担当者が、お電話でご連絡をさせていただきます、ご本人様の所へ訪問面接しますので、あわせてご了解ください。
- 5) 申込されましても、生活施設でのサービス提供の適正の面ですぐには入所できない場合があります。
- 6) 申込み後、キャンセルする場合にはご連絡ください。

※入所については、大勢の方が待機なさっているため、しばらくの間、お待ちいただくようになりますので何卒ご了承ください。

| 入所についてのお問い合わせ先・申込書受付先   |   |
|---|---|
| <b>郵送先</b><br> | <b>住所</b><br>〒406-0821<br>山梨県笛吹市八代町北760<br><b>指定介護老人福祉施設小山荘 入所担当</b><br>TEL: 055-265-3377 |

# 介護老人福祉施設 小山荘 入所申込書 【表】

記入日 令和 年 月 日

該当する番号に○印を

|                 |    |     |                   |     |
|-----------------|----|-----|-------------------|-----|
| ふりがな            |    | 性別  | 生年月日              | 満年齢 |
| 入所希望者<br>ご本人の名称 |    | 男・女 | 明治 大正 昭和<br>年 月 日 |     |
| 住 所             | 電話 |     |                   |     |

|                  |    |                  |                               |
|------------------|----|------------------|-------------------------------|
| ふりがな             |    | 入所希望者ご本人<br>との関係 | 配偶者、子供( )<br>その他 ( )<br>同居・別居 |
| 申込書記入者<br>の方のお名前 |    |                  |                               |
| 住 所              | 電話 |                  |                               |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ご家族の状況<br>について        | 1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(相手の年齢 歳)<br>3. ご夫婦以外に同居者がいる 4. その他( ) 5. 不明                                   |
| 主に介護して<br>いる方につい<br>て | 介護する方は、 1. いる 2. いない<br>主に介護している方 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある<br>主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない |
|                       | 介護を手伝う<br>方について  |
| お住まいにつ<br>いて          | 今のお住まいは、 1. 自宅 2. 自宅以外<br>自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない<br>1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい        |
|                       | 介護する上で<br>の住宅の問題   |
| その他あては<br>まるもの        | <b>食事</b> …1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 <b>排泄</b> …1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助                                  |
|                       | <b>歩行・移動</b> …1. 自立 2. 歩行器等使用 3. 自分で車椅子に移れる 4. 全介助   |
|                       | <b>会話</b> …1. できる 2. ときどき 3. 不可  |
|                       | <b>認知症</b> …1. なし 2. あり (1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食<br>5. 大声や奇声 6. その他の行為: 具体的に )               |
|                       | <b>医療器具</b> を使っている(具体的に )  |
|                       | <b>病気</b> がある(病名 )   |
| <b>【入所希望理由】</b>       |  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 現在待機され<br>ている場所につ<br>いて | 1. 在宅 2. 老人保健施設 3. 病院・診療所(介護療養型)<br>4. 病院・診療所(医療療養型) 5. 病院・診療所(療養型以外)<br>6. 養護老人ホーム 7. 認知症グループホーム 8. 軽費老人ホーム<br>9. 他の特別養護老人ホーム 10. 有料老人ホーム<br>11. サービス付き高齢者向け住宅 12. その他 13. 不明 |
|                         | 施設の名称・所在地<br>電話 入院・入所開始日   |
|                         | ケアプランは、 1. 作っている 2. 作っていない<br>相談できる介護支援専門員(ケアマネージャー)は、 1. いる 2. いない<br>介護支援専門員の氏名<br>事業所名と電話番号   |
|                         |  |
|                         |  |
|                         |  |

# 介護老人福祉施設 小山荘 入所申込書 【裏】

介護保険証

介護保険被保険者番号⇒

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

| 保険者      | 介護度 | 認定日      |   |   | 有効期限 |    |   |   |   |
|----------|-----|----------|---|---|------|----|---|---|---|
| 市区<br>町村 |     | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日    | 令和 | 年 | 月 | 日 |

身障手帳の有無

| 種 | 級 | 障害名 |
|---|---|-----|
|   |   |     |

年金等

| 年金の種類   | 年額（概算） |
|---|--------|
| 1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 障害年金 4. 共済年金<br>5. 福祉年金 6. 恩給 7. 国民・厚生年金 |        |

医療保険等

| 後期高齢 | 国保 | 社保 | 生保 |
|------|----|----|----|
|      |    |    |    |

入所する本人自身で施設利用料を負担する場合、本人の可能な負担限度額はどれくらいですか？

|  |
|--|
| 1. 月2万円以下 2. 月4万円以下 3. 月6万円以下 4. 月8万円以下 5. 月10万円以下 |
|--|

家族等連絡先

| 連絡<br>順位 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話<br>携帯 | 連絡のとりやすい<br>時間帯、連絡<br>先 |
|----------|----|----|----|----------|-------------------------|
|          |    |    |    |          |                         |
|          |    |    |    |          |                         |

私は、貴施設の入所に際して、保険者（市役所）が保有する認定調査票等、入所に必要な介護保険の情報について、施設側が必要に応じ、保険者に情報提供を求めることに同意します。

施設長 殿

令和 年 月 日

氏名

㊞

【郵送先・お問い合わせ先】 住所 〒406-0821 山梨県笛吹市八代町北 760

指定介護老人福祉施設 小山荘

電話 055-265-3377

以下、施設の担当者処理欄

受付日 令和 年 月 日 受付番号

受付者

㊞