

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホームエルピス)入所

記入例

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
住所	〒		
電話	()	携帯電話	()
申込者氏名	印 結		

入所対象者本人の同意の有無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となり
 ※今後の連絡先とさせていただきます。

申込者の氏名等、各項目の記入と捺印を3ヵ所をお願いします。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	MTS 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保険者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連絡先	電話 () / 携帯電話	施設名及び病院名をご記入下さい。	
	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同 <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 (記入例:〇〇病院、老人保健施設〇〇) ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 (記入例:〇〇居宅介護支援事業所 居宅〇〇) ◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性別	男 女
	氏名	入所対象者の介護を主に行っている方の氏名	生年月日	MTS 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	家族構成	
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()	介護困難な理由をご記入下さい。	
身元引受人	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	MTS 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同
	現住所	〒	本人との関係	同居されている人数をご記入下さい。
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書いたものです。 必ず写しを添付して下さい。なお、被保険者証の前面を広げての写しをお願いします。			
	本人			印
	家族(又は代理人)			印

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

様式第1号（指針第5の1）

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホームエルピス)入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	㊞	続 柄	
入所対象者本人の同意の有無		有 無	

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 險 者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()		
	現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 () ◇ 担当ケアマネージャー ()		
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()		
	介護者の意見 (介護の困難事由)			
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 <p style="text-align: right;">本人 ㊞</p> <p style="text-align: right;">家族(又は代理人) ㊞</p>			

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特列入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。