# 地域密着型特別養護老人ホーム　なかやまの里入所申込書

別紙1－2

**特別養護老人ホーム なかやまの里を利用したいので、次のとおり申し込みます。**

## ◎　入所申込者

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| （フリガナ） | | 性　別 | 被保険者番号 | | |
| 氏　名 | 印 | 男・女 | 要 介 護 度 | １　・　２ | |
| 生　年<br>月　日 | 明治　大正　昭和<br>年　月　日　（　）歳 | | 要　介　護<br>認定有効期間 | 令和　年　月　日 から<br>令和　年　月　日 まで | |
| 現住所 | 〒　　－ | | | | |

## ◎　入所申込者の状況

| | |
|---|---|
| 現　況 | □自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている　□施設や病院に入っている |
| | ◇施設名又は病院名:　◇所在地（市町名のみ）: |
| | ◇入所又は入院時期:　年　月 から入所 ・ 入院 している |
| 居宅において日常生活を営むことが困難な理由 | 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。<br>□　認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。<br>□　知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。<br>□　家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。<br>□　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。 |
| 医療の状況 | □経管栄養（ 鼻腔 ・ 胃ろう ）　□在宅酸素　□インシュリン注射<br>□バルーン　□ストマー　□その他（　）<br>【現在治療中の病気・特記事項等】 |
| 申込の状況 | □当該施設のみ申し込む　□他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。<br>◇既に申し込んでいる他の施設名（　）（　）（　）<br>◇今後申し込む予定の他の施設名（　）（　）（　） |

## ◎　主たる介護者

| | | | |
|---|---|---|---|
| （フリガナ） | | 性　別 | 本人との関係 |
| 氏　名 | | 男<br>女 | 生　年　月　日<br>大正 ・ 昭和 ・ 平成　年　月　日 |
| 同居、別居の区分 | □　同居している　□　別居している（住所:　） | | |
| 意　見 | 【介護をしているうえで困っていること等】 | | |

### ◎　同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和　年　月　日

入所申込者　㊞

代　理　人　㊞

※「被保険者証（写）」・直近3ヶ月の「サービス利用票（写）」・「サービス利用票別表（写）」を添付して下さい。

新規　更新

| | |
|---|---|
| 申込日 | 令和　年　月　日 |
| 受付日 | 令和　年　月　日 |
| 有効期限 | 令和　年　月　日 |

連絡先　（今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。）

| | | |
|---|---|---|
| 〒　：　－<br>住所: | | |
| 氏名: | 本人との関係 | |
| 電 話 番 号 :　（　） | | |
| 携帯電話番号:　（　） | | |