

受付施設
受付者氏名

<杉並区(区内、区外協力施設用)>  
**特別養護老人ホーム入所申込書**  
 ( 新規 ・ 変更 )

特別養護老人ホーム施設長 様

申込日 平成 年 月 日

申込者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
電 話				
上記以外の連絡先	氏名	続柄	電話	
		住所		

※ 電話番号は日中連絡が取れるところを記入してください。

※ 第1次評価結果のお知らせは入所希望者の住民票の住所に郵送します。

それ以外の場所に郵送を希望する場合には下記に記入してください。

(郵送先) 氏名 続柄 電話  
 住所 〒

--

	介護保険 被保険者番号		有効期限	平成	年	月	日					
入所希望者	フリガナ		要介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5
	氏名		性別	男	・	女						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(				)	歳	
	住民票住所										(区内居住年数	年)

本人の居所	<input type="checkbox"/> 自宅											
	<input type="checkbox"/> 病院	【病院・施設名】										
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設											
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	【入院・入所期間】 平成 年 月から										
	<input type="checkbox"/> グループホーム	【住所】										
	<input type="checkbox"/> ケアハウス											
<input type="checkbox"/> その他(	) 【電話番号】											

同意書	私は、特別養護老人ホーム入所申込みにあたり、受付施設がこの申込みに関する情報を杉並区担当課及び入所希望施設に対し提供することに同意します。また、担当課及び入所希望施設が介護保険要介護認定調査票等の情報を介護保険課より提供を受けることに同意します。											
	本人署名		代筆者氏名		(関係)							

(本人が記入できない場合は、代筆者が両方ご記入ください。)

第1号様式(裏)

希望施設を記入してください。※エクレシア南伊豆を希望される方は、申込書(水色)に記載してください。

第1希望

第2希望

第3希望

( )

( )

( )

☆上記以外に希望施設がある場合は下記施設欄に○をつけてください。

☆以前に申込みをしていて、希望する施設を変更する場合には、希望する施設の全てに○をつけてください。

杉並区内施設			杉並区外施設		
ア	浴風会	従来型	A	やすらぎの里大泉	従来型
イ	上井草園	従来型	B	第二光陽苑	従来型
ウ	さんじゅ阿佐谷	従来型	C	清明園	従来型
エ	さんじゅ久我山	従来型	D	五日市ホーム	従来型
オ	和田堀ホーム	従来型	E	長舟園	個室ユニット型
カ	沓掛ホーム	従来型	F	絹の道	従来型
キ	すぎなみ正吉苑	従来型	G	あゆみえん	個室ユニット型
ク	サンフレンズ善福寺	個室ユニット型	H	もくせいの苑	従来型
ケ	マイルドハート高円寺	個室ユニット型	I	第2サンシャインピラ	従来型
コ	救世軍恵みの家	個室ユニット型	J	けんちの里	従来型
サ	和泉サナホーム	個室ユニット型	K	みずほ園	従来型
シ	愛敬苑	個室ユニット型	L	日の出紫苑	従来型
ス	おぎくぼ紫苑	個室ユニット型	M	藤香苑	従来型
セ	永福南社会福祉ガーデン	個室ユニット型	自治体間連携特養		
ソ	新泉サナホーム	個室ユニット型	N	エクレシア南伊豆	個室ユニット型
タ	かえで園	個室ユニット型	別の申込書へ記載してください。		

(注)個室ユニット型 ・ 生活保護を受給中の方は、居住費について事前にケースワーカーに相談してください。

(社会福祉法人等利用者負担の軽減制度)

(該当する内容に☑、及び申請理由を記入してください。)

該当するものすべて☑してください。  申請理由及び介護上の特別な状況  記入者氏名( ) 続柄( )	<input type="checkbox"/> ねたきり等により、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要なため <input type="checkbox"/> 認知症等により常時の見守り、介助が必要なため <input type="checkbox"/> 介護する者がいない、または介護者が入院等で介護できないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」、「就労」、「別居」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを、給付の限度額を超えて利用しており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 他の施設に入院、入所中だが、経済的負担が大きいため ≪具体的に書きください≫
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------