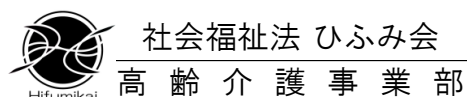


社会福祉法人ひふみ会
特別養護老人ホーム 入所のご案内



この度は、社会福祉法人ひふみ会の運営する特別養護老人ホームに申し込み頂き、誠に有難うございます。

下記書類を送付させて頂きますので、ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。

■ 送付書類

- | | |
|---|-----------------|
| ① | 施設パンフレット(料金表) |
| ② | 入所取扱規程 |
| ③ | 特別養護老人ホーム 入所申込書 |
| ④ | 入所申込取り下げ書 |
| ⑤ | 返信用封筒 |

■ 提出書類

入所希望の方は入所申込書に必要事項を記入し、下記の②～④の書類を同封の上、返信用封筒にてご返信をお願いいたします。

- | | | |
|---|-------------------|--------------------|
| ① | 特別養護老人ホーム入所申込書 | |
| ② | 介護保険被保険者証（写し） | ※必須となります。 |
| ③ | 介護保険負担割合証（写し） | ※必須となります。 |
| ④ | 直近3カ月のサービス利用票（写し） | ※居宅サービスを利用されている方のみ |

入所待ち順位の決定はご本人、ご家族と面談をさせて頂いてから決定いたします。申込書受け付け後、電話にて面談の連絡をさせていただきますので、よろしくお願い致します。

※ 申込書はお分かりになる範囲での記入で構いません。

※ 3施設同時に入所申込みが可能です。施設サービスの詳細につきましては同封のパンフレットをご覧いただき、ご不明な点がございましたら各施設へお問い合わせください。

お問い合わせ先

特別養護老人ホーム 親光

TEL 048-285-1530 FAX 048-285-1540
埼玉県川口市西新井宿931

特別養護老人ホーム とわの郷

TEL 048-430-7710 FAX 048-430-7719
埼玉県川口市赤山76-1

特別養護老人ホーム さざんかの郷

TEL 048-285-3550 FAX 048-285-8665
埼玉県川口市新井宿824

社会福祉法人ひふみ会 特別養護老人ホーム 入所申込書

受付No.

社会福祉法人ひふみ会が運営する下記施設へ同時申込みできます

【入所希望施設に☑をお願いします】		入所希望順位	<input type="checkbox"/> 希望順位なし
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 親光	(ユニット型100床)	第 希望	備考:
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム とわの郷	(ユニット型100床)	第 希望	
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム さざんかの郷	(従来型50床)	第 希望	

申込者(連絡窓口の方)													
ふりがな													
氏名	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(歳)	性別	男	女	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住所	〒	—	TEL	自宅					携帯				
										本人との関係			

■ 入所希望者本人の状況

ふりがな													
氏名	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(歳)	性別	男	女	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住所	〒	—	TEL					要介護度	1	2	3	4	5
介護認定期間	H・R	年	月	日	から		被保険者番号						
	H・R	年	月	日	まで		保険者(市区町村)						

■ 入所を希望する理由

<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢のため十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが替わりたい <input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため	<input type="checkbox"/> 介護者が障がい・疾病の状況にある <input type="checkbox"/> 介護者が就業しているため十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の介護放棄、介護疲れの為 <input type="checkbox"/> その他 ()
※印をつけた具体的な理由： ----- -----	

■ 現在の状況

<input type="checkbox"/> 老健に入所している	<input type="checkbox"/> 病院に入院している (入院になった理由:)	施設または病院名 ()
<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	<input type="checkbox"/> その他 ()

■ 既往歴 : 有 / 無 (有の場合記入)

傷病名	発症時期	備考
	H・R 年 月	
	H・R 年 月	
	H・R 年 月	

■ 医療行為 : 有 / 無 (有の場合次に記入) ex.) 胃ろう・インスリン・点滴・夜間吸痰・人工呼吸器など

医療行為の内容	備考

● その他心身の状況の特記事項 認知症や問題行動等、介護上お困りの事などご記入下さい。

--	--

● 主たる介護者の状況 いる / いない

ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	(歳)	
氏名	様		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
住所	〒 -								性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
TEL							続柄				
主たる介護者の就業状況	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有の場合の就業形態等								
主たる介護者の健康状態	良好 <input type="checkbox"/>	不良 <input type="checkbox"/>	不良の場合の健康状態等								
同居の区分	同居 <input type="checkbox"/>	別居 <input type="checkbox"/>	介護期間								

● 従たる介護者の状況 いる / いない

ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	(歳)	
氏名	様		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
住所	〒 -								性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
TEL							続柄				
同居の区分	同居 <input type="checkbox"/>	別居 <input type="checkbox"/>	介護期間								

● 在宅介護の状況 ※サービス利用票をご提出されている方はご記入の必要はありません。
現在利用している介護サービス

1.	訪問介護	利用頻度		6.	通所 リハビリテーション	利用頻度	
2.	訪問入浴介護	利用頻度		7.	短期入所 療養介護	利用頻度	
3.	訪問看護	利用頻度		8.	短期入所 療養介護	利用頻度	
4.	訪問 リハビリテーション	利用頻度		9.	福祉用具の貸与 購入費の支給	利用頻度	
5.	通所介護	利用頻度		10.	その他	利用頻度	

● その他の状況 保険及び年金について

加入健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> その他 ()		
年金等	年金 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	年金種類	<input type="checkbox"/> 共済	<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 国民	
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
介護保険負担限度	負担限度認定証	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	世帯分離	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 予定
	<input type="checkbox"/> 第一段階	<input type="checkbox"/> 第二段階	<input type="checkbox"/> 第三段階	<input type="checkbox"/> 第四段階			

● その他、自由記入欄

● 個人情報同意欄

私は、入所判定委員会において私個人の情報の提供について同意します

令和 年 月 日

入所希望者氏名 _____ (印)

申込者（連絡窓口）氏名 _____ (印)

※申込者が本人以外の場合