様式1　　（表面）

事業所名　**特別養護老人ホーム なごみの森 ・ 特別養護老人ホーム 第2なごみの森**

※ 申込みをする施設に〇をつけてください。

入 所 申 込 書

申込年月日		年　月　日	受付番号	※施設記入			
入所申込書	ﾌﾘｶﾞﾅ		□明治 □大正 □昭和		性別	□男 □女	
	氏 名		年　月　日（　歳）				
	住 所	〒（　ー　）			連絡先	（　）	
	介護保険情報	介護認定	□ 済 □申請（更新・変更）中	要介護度	□要1 □要2 □要3 □要4 □要5		
		保険者番号		保険者番号			
		認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日				
	現在の住居	□自宅 □養護老人ホーム □軽費老人ホーム □有料老人ホーム □サービス付き高齢者向け住宅 □特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □グループホーム □病院・有床診療所・介護療養型医療施設 □その他（　）					
		年　月頃より	施設名等【　】				
家族・申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄		備考		
	氏 名						
	住 所	〒（　ー　）			連絡先	（　）	
	その他の連絡先	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄		連絡先	（　）
		氏 名					
		ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄		連絡先	（　）
		氏 名					
居宅介護支援事業者	事業所名		ﾌﾘｶﾞﾅ				
			担当者名				
	連絡先	（　）	備考				
他施設の申込状況	施設名1		申込 □予定 □済（申込時期　年　月頃）				
	施設名2		申込 □予定 □済（申込時期　年　月頃）				
	施設名3		申込 □予定 □済（申込時期　年　月頃）				
入所希望時期		□ 今すぐ入所したい　□　年　月頃入所したい					

（裏面）

【特例入所に関する事項】
「要介護1」又は「要介護2」の場合は、該当する項目にチェックしてください。

□　認知症であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。

□　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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

□　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。

□　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。

□　その他（内容を具体的に記入してください。）

【説明確認及び同意欄】

次の事項について施設から説明を受けました。
① 入所申込から契約までに必要な手続き及び入所にあたっての注意事項。
② 入所申込者の入所優先順位決定方法。
③ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。
④ 原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2は入所できないこと。

次の事項について同意します。
① 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
② 入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
③ 優先入所制度の適正な運用及び入所申込状況の把握等のために、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること。
④ 上記に記入している申込み済（予定）の施設間において、この申込書の内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

年　　月　　日　　氏名　　印　　続柄（　　）

【施設記入欄】

受付年月日	年　　月　　日		
受付担当者名		職 種	□施設長　□相談員　□ケアマネ　□その他（　　）
備　　考			

社会福祉法人 ほほえみ
特別養護老人ホーム なごみの森
〒830-0205
福岡県久留米市城島町大依315番地1
TEL.0942-62-1475　fax.0942-62-1501

社会福祉法人 ほほえみ
特別養護老人ホーム 第2なごみの森
〒830-0205
福岡県久留米市城島町大依306番地
TEL.0942-62-1481　fax.0942-62-1482