

入 所 申 込 み

年 月 日

指定介護老人福祉施設 施設長 様

住 所：

(フリガナ)

氏 名：

生年月日： 明・大・昭 年 月 日(歳)

電話番号：

指定介護老人福祉施設

ローゼンヴィラ藤原 (参番館・ユニット型個室)

に入所したいので関係書類を添えて申込みます。

身元引受人 (1)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
	日中連絡先			
身元引受人 (2)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
	日中連絡先			

備考・今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にいたします。

・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。

第3号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：			
本人の居る所	1. 自宅 2. 病院 3. 他施設（施設の種類）		
	4. その他（）		
	自宅以外の 場合	名 称	
		所 在 地	
電 話			
特養への申込状況	・三山園 ・ワールドナーシングホーム ・船橋梨香園 ・古和釜恵の郷 ・南生苑 ・船橋百寿苑 ・船橋あさひ苑 ・第2ワールドナーシングホーム ・ローゼンヴィラ藤原 ・さわやか苑 ・オレンジガーデン ・船橋市朋松苑 ・船橋健恒会ケアセンター ・習志野台みゆき苑 ・ひかりの郷 ・さくら館 ・プレーゲ船橋 ・南三咲 ・つばい愛の郷 ・三咲館 ・たか音の社 ・船橋笑寿苑 ・みやぎ台南生苑 ・船橋健恒会ケアセンター南館 ・船橋愛弘園 ・その他（）		
既往症名		治 癒 時 期	年 月
		治 癒 時 期	年 月
現在の主な病名		発 症 時 期	年 月～
		発 症 時 期	年 月～
糖尿病の方にお聞きします	飲み薬 無 ・ 有		
	インスリン注射 無 ・ 有 （ 回/日）		
かかりつけの医療機関 主治医師名等	医療機関名		
	電話番号		
	医療機関所在地		
	主治医氏名		
在宅サービスについて	1. 利用している 2. 利用していない		
	ケアマネジャー	事業所名	
		氏 名	
		連絡先	
利用中のサービス			
入所を希望する理由	在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入してください。		

第5号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：	
特 例 入 所 の 要 件 確 認	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必要があります。 該当すると思われる項目に○をつけてください。
	<ol style="list-style-type: none">1. 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等が頻繁に見られる2. 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3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である4. 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