

介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム フォレストホーム入居予約申し込み書

申し込み日 年 月 日

| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------|-------------------|
| ご 入 居 予 定 者 | フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏名 | ㊞ | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| | 介護保険被保険者証番号 | | | |
| | 要介護度 | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| | 住所 (住民票のある住所) | 〒 - | 電話番号 | () |
| | 現住所 (上記と違う場合) | 〒 - | 電話番号 | () |
| 現在の状況 | 居宅 老人保健施設(名称:) 病院(名称:) その他(名称:) | | | |
| 連 絡 先 | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏名 | ㊞ | | |
| | 住所 | 〒 - | 電話番号 | () |
| 担当居宅介護支援事業所 | TEL () | | 担当者 | |

社会福祉法人 長命荘
特別養護老人ホーム フォレストホーム 苑

私は、本日、特別養護老人ホームフォレストホーム入居の予約を申し込みいたします。
なお、私の理由で予約を取り消す場合は、速やかにその旨連絡いたします。

予約を取り消しの例

要介護度の判定が要介護2以下になった。
他の介護保険施設に入居した。
自宅で生活することになった。
ご他界された。 等

※太線の枠内と申し込み日をご記入ください。

介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム フォレストホーム入居予約確認書

申し込み日 年 月 日

| | | | | |
|----------------------------|------------------|---|------|-------------------|
| ご 入 居 予 定 者 | フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| | 介護保険被保険者証番号 | | | |
| | 要介護度 | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| | 住所 (住民票のある住所) | 〒 - | 電話番号 | () |
| | 現住所 (上記と違う場合) | 〒 - | 電話番号 | () |
| | 現在の状況 | 居宅 老人保健施設(名称:) 病院(名称:) その他(名称:) | | |
| 連 絡 先 | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 - | 電話番号 | () |
| 担当居宅介護支援事業所 | | TEL () | 担当者 | |

年 月 日

社会福祉法人 長命荘
特別養護老人ホーム フォレストホーム
電話番号 0743(78)8116
担当者 ㊞

当事業所は、本日、特別養護老人ホームフォレストホーム入居のご予約を受付いたしました。
なお、何らかの理由(下記参照)で予約を取り消される場合はご連絡ください。
また、入居予定者の介護認定の更新等で、介護度が変更になった場合もご連絡ください。
実際のご入居は、当方から入居日の7日前までにご連絡いたしますので、ご準備をお願いします。
また、入居予定者の症状の変化によっては、当方へのご入居をお断りさせて頂く場合がございますので、ご予約時にくらべてご入居予定者の症状が著しく変化されたときなどは、ご連絡くださいますようお願いいたします。

この場合は、他の施設等のご紹介など、ご相談に応じさせていただきます。

予約を取り消しの例

- 要介護度の判定が要介護2以下になった。
- 他の介護保険施設に入居した。
- 自宅で生活することになった。
- ご他界された。 等

※この予約確認書は、ご入居予定者ご本人様に限り有効です。他の方への振替はできません。

特養フォレストホーム入居申込書

様式1の 別添資料

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|-----|--------------|-----|------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|------|-----|------|-----|-------------|-----|-----------|----|---------|----|---------|-----|-------------|-----|---------|-------|----------|-----|-------|-------------------|--|--------|
| 要介護認定区分等 認定 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況及びご入居 が必要な主な理由 例 介護者が病弱 複数の要介護者の介護 独居（身寄りがない） 介護不安 などの事情の詳細を記 入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービスの前月の利 用状況 ご不明の折は、担当ケ アマネージャーにご確認 ください。 フォレストホームのケ アマネージャーが担当さ せていただいている場合 は、右欄のご記入不要で す。 担当居宅介護支援事業所 （ ） （TEL ） 担当ケアマネージャー （ ） | <table border="0"> <tr> <td>訪問介護（ホームヘルプ）</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>通所介護（デイサービス）</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>通所リハ（デイケア）</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>短期入所生活介護（ショートステイ）</td> <td>日/月</td> </tr> <tr> <td>短期入所療養介護（ショートステイ）</td> <td>日/月</td> </tr> <tr> <td>訪問入浴</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>訪問リハビリテーション</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>福祉用具レンタル数</td> <td>品目</td> </tr> <tr> <td>福祉用具購入数</td> <td>品目</td> </tr> <tr> <td>グループホーム</td> <td>日/月</td> </tr> <tr> <td>特定施設入所者生活介護</td> <td>日/月</td> </tr> <tr> <td>住宅改修の有無</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>居宅療養管理指導</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td>施設入所中</td> <td>介護保険施設（療養型・老健・特養）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他（ ）</td> </tr> </table> | 訪問介護（ホームヘルプ） | 回/月 | 通所介護（デイサービス） | 回/月 | 通所リハ（デイケア） | 回/月 | 短期入所生活介護（ショートステイ） | 日/月 | 短期入所療養介護（ショートステイ） | 日/月 | 訪問入浴 | 回/月 | 訪問看護 | 回/月 | 訪問リハビリテーション | 回/月 | 福祉用具レンタル数 | 品目 | 福祉用具購入数 | 品目 | グループホーム | 日/月 | 特定施設入所者生活介護 | 日/月 | 住宅改修の有無 | 有 ・ 無 | 居宅療養管理指導 | 回/月 | 施設入所中 | 介護保険施設（療養型・老健・特養） | | その他（ ） |
| 訪問介護（ホームヘルプ） | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所介護（デイサービス） | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハ（デイケア） | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護（ショートステイ） | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所療養介護（ショートステイ） | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問入浴 | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具レンタル数 | 品目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具購入数 | 品目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| グループホーム | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定施設入所者生活介護 | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅改修の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 回/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設入所中 | 介護保険施設（療養型・老健・特養） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な介護者の 住 所 お名前 TEL FAX 入居申込者との ご関係 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 市町村へ申込内容等を情報提供させていただくことについてのご同意

上記 同意いたします。

令和 年 月 日

ご入居予定者 ご住所

お名前

印

主な介護者 ご住所

お名前

印

特 養 入 居 申 込 書 添 付 文 書

1. **介護保険被保険者証** 写し 1部

2. **現在のご本人の心身状況がわかるもの** 1部
直近の要介護認定時の認定調査票・・・原本は各市町村が保有しています。
又は、担当のケアマネジャー（介護支援専門員・施設相談員）が保有している同様の書類。
入手困難な場合はご相談ください。

3. **要介護認定時の主治医意見書** 1部
直近の要介護認定時の主治医意見書・・・原本は、市町村が保有していません。
又は、担当のケアマネジャー（介護支援専門員・施設相談員）が保有している同様の書類。
入手困難な場合はご連絡ください。

生駒市に住民票のある方

認定調査票・主治医意見書は、生駒市役所介護保険課にて公布してもらえます。身分証明書と印鑑をご持参の上、介護保険課へお願いします。

生駒市に住民票のない方

市町村によって、認定調査票・主治医意見書の交付には差異がありますので、該当市町村にご確認ください。

社会福祉法人 長命荘
特別養護老人ホーム フォレストホーム