

## 入所申込みについての説明(3施設共通)

施設概要	<p>特別養護老人ホーム藤花 /新潟市秋葉区新津本町1丁目11-12 (特養29床、短期入所10床)</p> <p>特別養護老人ホーム藤花・荻川 /新潟市秋葉区田島109番地 (特養29床、保育園併設)</p> <p>特別養護老人ホーム藤花・小阿賀 /新潟市秋葉区車場1丁目389番1(特養29床、認定こども園併設)</p> <p>・ユニットケア(入居者が家庭的な環境の中で、自分らしい生活を送ることができるように小規模な生活単位入居者や職員がなじみの関係を築き、落ち着いた生活が送れるように支援するケアです)で生活単位ごとにキッチンや入浴設備を備えています。</p>
入所待ち方法	<p>介護支援専門員意見書をもとに、書面の内容を点数化します。点数の高い方から入所面接を行い入所判定会議にて決定致します。</p> <p>※待機が長期間になる場合がございます。</p>
提出書類	<p>様式1(入居申込用紙)と様式2(介護支援専門員意見書)、介護保険証のコピーを提出していただきます。</p> <p>※郵送または直接持参ください。</p> <p>※申請後、様式2(介護支援専門員意見書)の記載内容が変更した場合は再度、様式2と介護保険証のコピーを提出してください。(順位に影響する場合があります)</p>
料金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・料金については「特別養護老人ホーム藤花料金表」をご参照ください。</li> <li>・食費、居住費については、利用者負担減免制度があります。(入居希望者の年間収入に応じ、市町村が決定を行います)</li> <li>・おむつ代・洗濯代はサービス費に含まれます。</li> </ul>
その他	<p>・基本的に当施設において、現金、年金、通帳、証券類をお預りすることはありません。ご家族管理とさせて頂きます。</p>

### 【 お問い合わせ先 】

特別養護老人ホーム藤花  
〒956-0864  
新潟市秋葉区新津本町1丁目11-12

担当:事務局(相談支援部)  
電話:0250-21-2111  
FAX:0250-21-2114

特別養護老人ホーム藤花・荻川  
〒956-0013  
新潟市秋葉区田島109番地

担当:事務局(相談支援部)  
電話:0250-24-2111  
FAX:0250-24-2114

特別養護老人ホーム藤花・小阿賀  
〒956-0011  
新潟市秋葉区車場1丁目389番1

担当:事務局(相談支援部)  
電話:0250-21-1108  
FAX:0250-21-1109

様式1

# 入居申込書

- ( ) 特別養護老人ホーム 藤花(とうか)
- ( ) 特別養護老人ホーム 藤花・荻川(とうか・おぎかわ)
- ( ) 特別養護老人ホーム 藤花・小阿賀(とうか・こあが)
- ( ) どちらでも可

受付印		
受付日	年	月 日

※入居希望順に1、2、3  
と記入して下さい。

申込者名		申込日		年	月	日
ふりがな						
氏名						本人との 続柄
住所	〒					
	自宅 TEL ( )			-		
	携帯 TEL ( )			-		

貴施設に入居したいので次の通り申し込みます。

ふりがな						性別	男 ・ 女	
入居希望者 氏名						生年月日	明 大 昭 年 月 日生 治 正 和 ( ) 歳	
住所	〒							
						TEL ( )	-	
介護保険	被保険者番号					負担限度額認定証	段階	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
		※要介護1、要介護2の方は(別紙2)も提出お願いします。						
	認定期間	年 月 日 ~			年 月 日			
担当 介護支援 専門員	氏名					連絡先	TEL( ) -	
	事業所名							
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(記号番号 : )							
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険(記号番号 : )							
	<input type="checkbox"/> その他(種別 : ) 記号番号 :							
障害者 手帳等	有・無	手帳の種類 : (障害名 : )						
		判定 :			級(度)		年 月 日	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 単身 ・ 同居 )							
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中							
	施設(病院)名称 :				入所(入院)日 : 年 月 日 ~			

申請理由								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

様式1-2

入居希望の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい
	<input type="checkbox"/> 年 月 日までに入居したい
	※他施設の入居申し込み状況 本命の施設があれば☑を入れて下さい。
	<input type="checkbox"/> (施設名: ) <input type="checkbox"/> (施設名: ) <input type="checkbox"/> (施設名: ) <input type="checkbox"/> (施設名: )

家族構成等	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 (世帯分離も含む)																																				
	・同居家族 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>連絡先</th> <th>勤務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	性別	生年月日	連絡先	勤務																														
	氏名	続柄	性別	生年月日	連絡先	勤務																															
・本人の子供(別世帯) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>住所</th> <th>連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	性別	生年月日	住所	連絡先																															
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	連絡先																																

留意事項	<p>本入居申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等へ入所した場合は、必ず当施設へ連絡して下さい。</p> <p style="text-align: right;">連絡先          特別養護老人ホーム 藤花          TEL : 0250-21-2111          FAX : 0250-21-2114</p>
------	---

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設の入居申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設からの説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のために必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を市町村、担当居宅支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 _____ 印</p>
-----------------	--