

契約申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 愛寿会

理事長 小宮山 光彦 殿

契約申込者（本人）

ふりがな

氏 名 _____ 印

社会福祉法人愛寿会が経営する下記を利用したいので申し込みます。

- 特別養護老人ホーム ショートステイセンター
 グループホーム「やすらぎ」 デイサービスセンター
 介護相談センター

住所	〒 _____			生年月日	明・大・昭 年 月 日			性別	男・女
	_____				_____				
介護保険情報	認定市町村	_____	被保険者番号	_____	認定期間	_____	_____		
	介護度	申請中 ・ 自立 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 事業対象 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5							
身体状況	食事	_____	排泄	_____	歩行	_____	_____		
	健康	_____			認知症	_____	_____		
生活状況	待機場所	_____							
	最近の様子	_____							

備考	ご家族構成、年間所得状況等								
今後の連絡先	氏名	_____				(契約者との続柄)			
	住所	〒 _____				(自宅番号)			
		_____				(携帯電話)			

※ 裏面特例入所要件及び個人情報の利用に関する同意記入欄あり

要介護1又は2の方の入所申込みの手続きについて（特例入所要件）

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ことが必要です。
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

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・行動や意思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。

個人情報に関する同意

このたび、社会福祉法人愛寿会の契約申込にあたり、下記項目について個人情報の利用に同意いたします。

記

1. 各保険者及び各都道府県への待機者名簿の提出
2. 各事業所に対し契約申込書の提出及び情報共有
3. 契約者様担当の介護支援専門員等への聞き取りや資料請求

以上

契約申込者氏名 _____ (印)

利用申込者又は保証人 _____ (印)