

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 グランビレッジ倉橋

《 入 所 申 込 書 》

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

●下記のとおり短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護を申し込みます。(※太枠のみ記入)

入所希望者	ふりがな	くらし 〇〇〇		性別	生 年 月 日	
	氏 名	倉橋 〇〇〇		男 ・ (女)	明治 ・ 大正 ・ (昭和)	
					〇 年 〇 月〇〇 日 ( 〇〇 歳)	
	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇丁目〇〇-〇〇 TEL ( )				
	介護度	要支援 1・2 要介護 1 (2)・3・4・5	介護保険負担割合	(1割) ・ 2割 ・ 3割		
	介護保険認定日	平成 年 月 日	負担限度額認定	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ (4段階)		
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現在の居場所	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. その他 (具体的に: )					
申込者	ふりがな			入所希望者様との 続 柄		
	氏 名	ご家族氏名				
	住 所	〒 - 同居の場合は同上と記入して下さい 電話番号: ( )				

●緊急連絡先

連絡先	ふりがな			続 柄		
	氏 名					
	住 所	〒 - 携帯番号等、連絡とれる番号を記入して下さい 電話番号: ( )				
連絡先	ふりがな			続 柄		
	氏 名					
	住 所	〒 - 電話番号: ( )				

●その他

申込の状況	<input checked="" type="radio"/> ①当施設のみ申し込む		<input type="radio"/> 2.他の施設に申し込んでいる	
担当の 介護支援専門員	所属事業所名		氏名	

説明 確認	私は、この度今後施設においてこの申込書の内容を基に入所判定委員会にて検討することに同意します。 施設入所待機で長期利用する場合、当施設待機であっても、優先して入所できるとは限らず、介護保険制度によりショート利用が終了する可能性があることを理解した上で利用することに同意します。				
	令和 年 月 日	氏 名			Ⓜ
	私は、この度、入所判定の手続き及び、入所の必要性を評価する基準等について申込者に説明をしました。				
	令和 年 月 日	説明者 氏 名			

【その他の注意】

- ・申込内容に変更が生じた場合は施設に連絡ください。
- ・入居希望者ご本人の介護状況が変化した場合や、介護者の状況が変化した場合は、待機者順位が変更する可能性があります。
- ・申込者の情報収集のため、ご家族・関係機関等にご本人に関する、お問い合わせをさせていただくことがあります。

・ご不明な点がございましたら、遠慮なく、お問い合わせください。

ショートステイ 基本情報

かかりつけ医療機関		電話番号	家族構成
1			
2			
3			
既往歴		現病歴	
わかる範囲で記入して下さい		わかる範囲で記入して下さい	
処方薬			
内服		点眼・その他	
お薬手帳をお持ちでしたらコピーを頂きます。			
アレルギー	なし・ <u>あり</u> (鶏肉・青魚 など )		
趣味・好きな活動		大切にされていたもの・事柄	
例) 洋裁・塗り絵			
希望・要望			