

記入例

特別養護老人ホーム グランビレッジ倉橋

《 入居 申 込 書 》

| | |
|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 |
| 受付日 | 年 月 日 |
| 受付者 | |

●入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。(※太枠のみ記入)

| | | | | | | |
|---------|---|--|---------|---------------------|--|--|
| 入居希望者 | ふりがな | くらはし 〇〇 | | 性別 | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | 倉橋 〇〇 | | 男 ・ 女 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 | |
| | 住 所 | 〒 〇〇〇 - 〇 〇〇〇 | | 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳) | | |
| | | 入居希望者住所を 桜井市からご記入下さい。 | | | | |
| | | TEL () | FAX () | | | |
| | 被保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | | |
| | 要介護度 | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 | | 保険者名 | 桜井市 | |
| | 障がい高齢者の日常生活自立度 | ①正常 ②J1 ③J2 ④A1 ⑤A2 ⑥B1 ⑦B2 ⑧C1 ⑨C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | ①正常 ②I ③IIa ④IIb ⑤IIIa ⑥IIIb ⑦IV ⑧M | |
| 認定の有効期間 | 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | |
| 現在の居場所 | <input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名:) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名:) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (病院名:) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に:) | | | | | |
| 申込者 | ふりがな | | | 入居希望者との続柄 | 入居希望者からみて続柄をご記入下さい | |
| | 氏 名 | ご家族氏名 | | | | |
| | 住 所 | 〒 - ご家族住所等記入下さい | | | | |
| | TEL : | () | 日中連絡先 : | () | | |

当てはまる所に☑レ点をつけて下さい。
2~5は場所をご記入下さい。

●申込者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄に記入ください

| | | | | | |
|-----|-------|-----|---------|-----------|--|
| 連絡先 | ふりがな | | | 入居希望者との続柄 | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 住 所 | 〒 - | | | |
| | TEL : | () | 日中連絡先 : | () | |

●ご本人の状況

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|---------------------------------|
| 入所を希望する理由 (該当するもの全てに○を付けてください) | 1 | 介護者がいないため (本人は単身生活で介護する親族が全くいない) | 1~7項目の当てはまる所に、○をつけて必要箇所はご記入ください |
| | 2 | 介護者はいるが、高齢であり十分な介護が困難 (介護者の年齢が..... a.70歳以上 b.60歳代 c.60歳未満) | |
| | 3 | 介護者はいるが、障がいや疾病の状況にある (a.介護が困難である b.多少なら可能である c.介護は出来る) | |
| | 4 | 介護者はいるが、育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難 (a.常時の育児又は看病が必要である b.半日ほどの育児又は看病が必要である c.時々、育児又は看病が必要である) | |
| | 5 | 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難 (介護者が不在になる時間帯→ a.午前 (時~ 時) b.午後 (時~ 時) c.その他 (時~ 時)) | |
| | 6 | 同居家族がいる (配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ 曾孫) | |
| | 7 | その他 () | |

●介護者の状況

| | | | | |
|---------|------------------------------------|---|-----|--------|
| 主たる介護者① | 氏名 | | 性別 | 本人との続柄 |
| | | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| | 同居・別居の区分 | 1.同居 2.別居 (状況:) | | |
| | 介護者の就労状況 | a.1日8時間以上(常勤) b.4時間以上8時間未満(パート) c.4時間未満(パート) d.高齢のため就労不能 e.就労していない | | |
| 介護の可能性 | 1.介護は困難である 2.多少介護は可能である 3.介護は可能である | | | |
| 介護者② | 氏名 | | 性別 | 本人との続柄 |
| | | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| | 同居・別居の区分 | 1.同居 2.別居 (状況:) | | |
| | 介護者の就労状況 | a.1日8時間以上(常勤) b.4時間以上8時間未満(パート) c.4時間未満(パート) d.高齢のため就労不能 e.就労していない | | |
| 介護の可能性 | 1.介護は困難である 2.多少介護は可能である 3.介護は可能である | | | |

●その他

| | | |
|------------|---|--------------------|
| 住環境 | 1.住環境に支障あり a.屋内環境 (ある程度の対応を行っている ・ 行っていない) b.居室内 (ある程度の対応は行っている ・ 行っていない) c.設備構造等対策がとれない 2.住環境に支障なし | 当てはまる所に、○をつけてください。 |
| 申込の状況 | 1.当施設のみ申し込む 2.他の施設に申し込んでいる | 当てはまる所に、○をつけてください。 |
| 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、入所決定の手続き及び、入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。また、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。 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。 年 月 日 説明者氏名 ㊟ |

【添付資料】

①介護保険被保険者証(コピー)1枚 ②負担割合証(コピー)③負担限度額認定証(コピー)④身体状況等について

【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、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。