

特別養護老人ホームふたばの森 入所申込書

※介護保険被保険者証のコピーを添付してください。

申請者 氏名 _____ 続柄： _____

住所 _____

申込日 令和 年 月 日 電話 _____

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

尚、入所待機期間中に貴施設以外に入所に、入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	〒			電話番号		
介護保険被保険者証	保険者	新居浜市			認定年月日	令和 年 月 日
	番 号					令和 年 月 日から
	要介護度	1・2・3・4・5 申請中			有効期間	令和 年 月 日まで
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 夫婦のみで生活している <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる（※近隣は1km以内とする） <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている（病院・老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他） 施設（病院）名： _____ 利用開始 年 月 日					
現在うけている医療の状況	現在治療中の病気など、わかる範囲でご記入ください。					
介護者の状況	<input type="checkbox"/> あり	※入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入ください。	介護者		続柄	
	<input type="checkbox"/> なし		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
入所希望の理由 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が他の者を介護しているため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
他施設への申込み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む（施設名： _____)					
居宅介護支援事業所	居宅サービスを利用している場合、事業所名、担当ケアマネジャー名を記入ください。					
	事業所名		担当ケアマネ			

入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所申込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護事業所等から得ること。
3. 市町村から必要な要求があった場合、この申し込み情報を市町村に提出すること。

令和 年 月 日

氏名（本人又は代理人） _____ (印)

施設長	相談員	受付担当

※要介護度1及び2の方は裏面へ

特別入所の要件 (複数チェック可)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる。<input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる。<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全及び安心の確保が困難である。<input type="checkbox"/> 単身世帯、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。
----------------------	--