

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

特別養護老人ホーム富竹の里、富竹の里和み 入所申込書

管理者 様

記入者氏名 (続柄)

入所したいので、下記のとおり申し込みます。

希望する施設のタイプ	<input type="checkbox"/> 富竹の里（相部屋） <input type="checkbox"/> 富竹の里和み（個室） <input type="checkbox"/> 両方 (<input type="checkbox"/> 内に✓を記入)		
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
現住所	郵便番号	-	電話番号 () -
被保険者番号		保険者名	
要介護認定	<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		
	認定期間	年 月 日 ~	年 月 日 認知症自立度 ()
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 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。	入所を希望する理由(該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細)
	<input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。		
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		
	Tel () -		
	担当者		
		入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
健康保険	種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
年金の種類等	種類		
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他		
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)		
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位) (直近3ヶ月の平均 _____ 単位) ①		
	(支給限度基準額 _____ 単位) ② ①/② * 100 = (在宅サービス利用率 _____ %)		
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____) 年 月 日~		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () [現在治療中の病名] ()		

過去の入所・入院状況	種類		年	月	日	～	年	月	日	
	名称		理由							
	種類		年	月	日	～	年	月	日	
	名称		理由							
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	<p>(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。</p>									
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () ()									
	() () () ()									
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () ()									
	() () () ()									
主たる介護者の状況※施設側と連絡のやり取りが可能な方	フリガナ		性別	生年月日						
	氏名		男・女	年	月	日生	(歳)		
	住所	〒 -		要介護認定の有無	有・無					
		<電話番号> 自宅 () - 携帯 () -		要介護状態区分						
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
	申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()								
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	備考				
情報提供同意 説明確認	<p>入所申込を行うにあたり、施設がご本人、ご家族、市町村、担当ケアマネジャー、他の施設等へ問い合わせを行うことにより、心身状況等を把握することについて同意いたします。</p> <p>また、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について並びに特例入所に関する事（施設から市町村への紹介、申込み書類管理（特例入所に該当しない場合の書類の返戻等）、入所後に要介護2又は1になった場合の退去についてなど）の施設担当者から説明を受けました。</p>									
	年		月	日	入所申込者氏名					
			家族代表者氏名							