

(様式1)

特別養護老人ホーム 柿木園 施設入所申込書 (その1)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

【申込者】 今後の連絡先とさせていただきます。

特別養護老人ホーム 柿木園 施設長宛

住 所	〒		
(ふりがな) 氏 名		本人との関係	
電話番号	()		

特別養護老人ホームへ優先入所をしたいので、以下のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	氏 名	(ふりがな)	性 別	保 険 者	市
	生年月日	大 ・ 昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	No.
	住 所	〒	女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 施設・病院名 :	介護保険負担割合証(1割・2割・3割) 介護保険負担限度額認定証(第 段階)	
	現在利用している在宅サービスの状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費の支給 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 () <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護			
	医療処置の状況	【主治医】医療機関名 : 医師名 : 【現在治療中の疾病等】 【アレルギー】無 ・ 有 () 【医療処置の状況】 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析			
	入所を希望する理由	1 介護者がいないため 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため 5 介護者が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なため 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい 7 その他 【現在の具体的な状況】 _____ _____ _____ _____ _____			

特別養護老人ホーム 柿木園 施設入所申込書(その2)

主たる介護者の状況	(ふりがな) 氏名			本人との関係
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 介護のため一時的に同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所) 介護のために通っている 無・有 (頻度 : 回 / 日・週)		
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (週 時間労働) 自営・常勤・パート	育児・介護状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (育児) 人 歳 (介護) 人 歳
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()	家族の健康状態 (誰がどのように?)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
	介護期間	平成・令和 年 月 頃より		
従たる介護者の状況	(ふりがな) 氏名			本人との関係
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所)		
	介護の可能性	介護困難・多少介護可能・介護可能 介護困難な理由		
その他	優先入所を希望する時期	1 できるだけ早く 2 年 月頃までには入所したい		
	申し込みの状況	1 当施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる(予定している) 施設名: _____		
	居宅において日常生活を行う事が困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<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症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にある <input type="checkbox"/> 知的・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にある <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・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・病弱で家族等による支援が期待せず、サービスや生活支援が不十分補足		
	待機期間	年 月		
説明確認・同意	私は、優先入所申込の際、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、下記の内容に同意します。 <input type="checkbox"/> 認定調査票(写)・サービス利用票(写)・サービス利用票別表(写)の提供 <input type="checkbox"/> 面接調査 <input type="checkbox"/> 各事業所(ケアマネージャー・利用施設等)連絡 令和 年 月 日 氏名: _____ (印)			

以下必ずお読み下さい。

- ※ 1 認定調査票(写)、介護保険証(写)、サービス利用票及び別表(写)を添付してください。
- ※ 2 入所を希望する理由の【具体的な状況】は、詳しく記入してください。
- ※ 3 申込みの際は、事前に電話予約をいただいたうえで、必要書類をお持ち下さい。
- ※ 4 書類提出後、内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。