

入 居 申 込 書

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

特別養護老人ホームつつじ苑
施設長 殿

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
担当者名				

住所	〒			
フリガナ				
氏名	入居希望者との関係 ()			
電話	携帯			

入居希望者の状況	(フリガナ)			性別	明・大・昭						
	氏名			男・女	生年月日	年 月 日 () 歳					
	現住所	〒								電話:	
	健康保険	種別				記号・番号					
	年金等	種別									<input type="checkbox"/> 生活保護受給中
	年金支給額	年額	円			管理者	(続柄:)				
	その他受給者証	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育: 種 級) 介護保険負担限度額認定証 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階									
	介護保険	保険者	矢板市			被保険者番号					
	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									
	現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。									
		施設名又は病院名									
		所在地	〒								
		入所又は入院時期	年 月 日 ~				年 月 日				
		担当ケアマネジャー				電話					
	入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	事業所名									
<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。											
<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <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・安心の確保が困難な状態である。 <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。 <input type="checkbox"/> その他 ()											

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】							
	(フリガナ)				性別	生年月日	明・大・昭 年	
	氏名				男・女		月 日 () 歳	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) 電話:						
	入所希望者との関係	<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()						
	他の介護者	<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"/> いない						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 常勤にて就労 <input type="checkbox"/> パートにて就労 1日 時間・週 日						
	健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (具体的な状況:)						
意見	(介護している上で特に困っていること)							
その他	申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 () () () ()						
	家族状況	お名前	続柄	年齢	同居 別居	ご職業	健康状態	連絡先
					同居 別居		良・普・受診あり	
					同居 別居		良・普・受診あり	
					同居 別居		良・普・受診あり	
					同居 別居		良・普・受診あり	
					同居 別居		良・普・受診あり	
説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 印</div>							
同意書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネジャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合は、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 印</div>							