

入所申込書兼同意書

受付日 令和 年 月 日

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム山陽寿荘

| | | | |
|------------|--------------|--------|--------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 大正 |
| 氏名(本人) | | 男・女 | 昭和 年 月 日(歳) |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | () - |
| 介護認定 | 申請(更新・変更)中・済 | 要介護度 | 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 |
| 介護保険被保険者番号 | | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 保険者(市町村) | | 備考 | |

| | | | | |
|-----------|--------|--|---------|-------|
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | | 事業所電話番号 | () - |
| | 担当ケアマネ | | 備考 | |

| | | | | |
|-----|------|---|----|--------------|
| 申込者 | ふりがな | | 続柄 | 大正 |
| | 氏名 | | | 昭和 年 月 日(歳) |
| | 現住所 | 〒 | | 平成 |
| | | | | 自宅: |
| | | | | 携帯: |

| 家族等連絡先 | 氏名 | 住所 | 連絡先 | 続柄 |
|--------|----|----|------------|------------|
| | | | | 自宅: 携帯: |
| | | | 自宅: 携帯: | |

| | | | |
|------|---|--|----------------------------------|
| 家族構成 | 〒 | 男性 <input type="checkbox"/> | *生活歴(生い立ち、趣味、学歴、職歴等)を詳しく記入して下さい。 |
| | | 女性 <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 回 | |
| | | 死亡 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---------|------|--|---------------------------|
| 他施設申込状況 | 施設名1 | | 申込時期 ⇒ 予定・済 (申込時期 年 月頃) |
| | 施設名2 | | 申込時期 ⇒ 予定・済 (申込時期 年 月頃) |
| | 施設名3 | | 申込時期 ⇒ 予定・済 (申込時期 年 月頃) |

【説明確認及び同意書】

- 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- 入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- 施設が入院/入所施設や居宅介護支援事業者等へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- 入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印(続柄 _____)

※裏面にも記入欄がございます。

| | | | |
|--------|--------|--|---|
| 介護者の状況 | 入所希望理由 | ◆該当する番号1つに○をつけ、該当項目に☑チェックして下さい。 | |
| | | 1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない（介護者 ⇒ <input type="checkbox"/> 長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 遠方に在住） 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない （介護者 ⇒ <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある） 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない （介護者 ⇒ <input type="checkbox"/> 要支援・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児をしている） 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行う事が困難である （ 6. 1～5に該当しない（介護に欠ける状態ではない） | |
| | | ※現在の家族状況、介護者の状況、考慮して欲しい事を具体的に記入して下さい。 | |
| | | 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したい |

| | | | |
|----------|---|---------------------------------|---|
| 入所者本人の状況 | 現在の居住／介護サービス利用状況 | ◆該当する番号1つに○をつけ、該当項目に☑チェックして下さい。 | |
| | | 1. 施設 | <input type="checkbox"/> 特養（ <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型） <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設） <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他（ 施設名： 入所期間： 年 月 日から |
| | | 2. 病院 | 病院名： 入院期間： 年 月 日から |
| 3. 在宅 | <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（直近3か月の利用日数合計： _____日） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週1回以上） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス | | |

| | |
|------|--|
| 居住環境 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他（ |
|------|--|

| | | | | |
|-------|--------|--|------|--|
| 入院入所先 | 病院・施設名 | | 施設種別 | |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| | ふりがな | | 備考 | |
| | 担当者 | | | |

| | |
|--------|---|
| 特例入所要件 | <input type="checkbox"/> 有（詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり） <input type="checkbox"/> 無 |
|--------|---|

注)要介護1・2の方は、本紙および別紙「特例入所申込書」に記入し、併せてご提出ください。

| | | | | |
|-------|-----|--|----|--------------------------|
| 施設記入欄 | 受付者 | | 職種 | 施設長・相談員・ケアマネ・事務・その他（ |
| | 備考 | | | |