

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームあすなろ園
 施設長 中塚 裕之 殿

理事長	施設長
/	/

貴施設に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)
現 住 所	郵便番号	〒	電話番号() -
介護保険被保険者番号		保険者(市町村)	
要 介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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		
	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
特 例 入 所 該 当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、別紙「特例入所申込書」にも記入して下さい。		
認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		
担当のケアマネ相談員など	事業所の名称		担当者
	電話() -		
健康保険	種類		
年金	種類	概ねの年収額	円
居 宅 サ ー ビ ス の 利 用 状 況 等	<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"/> 訪問入浴介護(<input type="checkbox"/> 週2回以上)		
	<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"/> 小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 通所介護/通所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"/> 認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3ヶ月の利用日数合計 日) <input type="checkbox"/> 複合型サービス(看護小規模多機能型介護)		
現 況 及 び 医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		
	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所・入院中:施設・病院:()		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入(ネブライザー)		
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他()		
[既往歴及び現在治療中の傷病名]			
入 所 申 込 み 理 由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない		
	<input type="checkbox"/> 介護するものがいない(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)		
	<input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)		
	<input type="checkbox"/> 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。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・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"/> 育児している)		
	<input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行なうことが困難である。		
	<input type="checkbox"/> 上記に該当しない <input type="checkbox"/> その他		
他 施 設 へ の 申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み		
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込中(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)		
	既に申し込んでいるほかの施設名() () () 今後申し込む予定の施設名() () ()		

主たる介護者 (身元引受人) の状況	ふりがな		性別	生年月日			
	氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)			
	住所	〒		勤務先 又は 職業			
	電話	自宅	携帯電話など		要介護認定の有無	有・無	
						要介護状態区分	
	同居・別居の区分	<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 (緊急連絡先)	氏名	続柄	年齢	住所/電話	勤務先又は職業		
入所順位決定に 当たって特に 配慮してほしい 事項	(本人や介護者の状況で特に困っている点などをご記入ください)						
説明・確認 及び同意欄	<p>私は、次の事項について担当者より説明を受け同意いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所申し込みから契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所に当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いたします。 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、岡山県入所指針により入所順位名簿から削除されることに同意いたします。 入所制度の適正な運用の為、この申込書及びそれから作成した資料などを行政機関などの求めに応じて提供することに同意いたします。 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意いたします。 入所負担費用の継続的な支払いを保証いたします。 						
申込者署名						印	

以下、施設にて記入します

施設 記入	受付番号		担当者		職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()	
	備考				受付年月日	平成 年 月 日	