

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3～5】

受付日 平成 年 月 日

特別養護老人ホーム ころの丘高山
入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム(施設名)に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | |
|-----|--|--|
| 同意欄 | 入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。 | |
| | 平成 年 月 日 | 氏名 (署名) 印 |

| | | |
|--------------|-----|--------|
| 申請者 (連絡先) | 〒 - | 氏名 |
| | 住所 | 電話 () |
| | | 携帯 () |
| | | e-mail |

| | | | | | | |
|--------|---|---|---------------------------------------|-------------|--------------------------|--|
| 入所申込者 | フリガナ | | 性別 | 保 険 者 | | |
| | 氏 名 | | 印 | 被 保 険 者 番 号 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 男・女 | 要介護状態区分 | 要介護(1・2・3・4・5) | |
| | 現住所 | 〒 - | | 要介護認定有効期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 居住状況 | <input type="checkbox"/> 独居 | <input type="checkbox"/> 独居(家族等がない) | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 独居(別居の家族がいる) | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 家族と同居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自宅以外の場所に居住(施設等名称:) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 病院に入院している(病院名:) | | | | | |
| | 住 環 境 | <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要だが改修ができないため、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 現在居住している病院・施設・アパート等から退去を迫られている <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい | | | | | |
| 特養申請状況 | <input type="checkbox"/> 当施設(当法人)のみの申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日) | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|--|---|-------|--------|---|
| 主介護者 | フリガナ | | 性別 | 本人との関係 | |
| | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 電話番号 | | 同居の有無 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| 同居家族 | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | 年齢 | | 本人との関係 |
| 入所希望理由 | (該当する項目全てにチェック) | <input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<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ため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障がいがある) <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ため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している(就労時間: /週) <input type="checkbox"/> 他の家族を介護している <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うことが困難であるため。 (理由: | | | |
| 特例入所理由 | 〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように) | | | | |
| 在宅で介護ができない理由等 | 上記に記入できなかったことがあれば具体的に記入してください | | | | |
| 備考 | 担当ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない | | | |

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
※別途資料の提供を求める場合があります。