

社会福祉法人大志会 介護老人福祉施設 入所申込書

社会福祉法人大志会
 森の里 施設長 様
 科野の里 施設長 様
 杏寿荘 施設長 様

申込者氏名 **森里 太郎** 続柄 (**子**)

住 所 **千曲市大字森1024-3**

連絡先 (自) **026-272-7700** (携) **090-0000-0000**

貴法人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。

| | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----------|------------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| 入所希望施設 | 1 | 森の里 | 2 | 科野の里 (千曲市在住の方のみ) | 3 | 杏寿荘 | ※希望施設に○を記入 |
| フリガナ | モリサト ハナコ | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 申込者氏名 | 森里 花子 | | | 男・女 | 大正・昭和 15年9月1日生 (82歳) | | |
| 現住所 | 郵便番号 | 387-0005 | | | 電話番号 | 026-272-7700 | |
| | 千曲市大字森1024-3 | | | | | | |
| 被保険者番号 | 0002727700 | | | 保険者 | 千曲市・その他 () | | |
| 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 (暫定 要介護度 3・4・5) | | | | | | |
| | 認定の有効期間 令和5年1月1日 ~ 令和6年12月31日 | | | | | | |
| 利用者負担割合等 | <input checked="" type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | | | | | |
| 介護・負担限度額認定 | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | | | |
| 入所を希望する理由 <small>(該当する事項の□に✓をお願いします)</small> | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 〃 高齢、障害、疾病等のため | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 〃 就労しているため | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 〃 不在となる時間があり、不安を抱えているため | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 〃 育児等しているため | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的精神的負担が大きいため | | | | | | |
| 入所希望時期 | <input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所を希望 <input type="checkbox"/> 将来に備えて希望 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入所を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 入所に同意している <input type="checkbox"/> 入所を迷っている <input type="checkbox"/> 入所を拒否している <input type="checkbox"/> 申込を本人に知らせていない <input type="checkbox"/> 認知症等により入所意向を判断できない <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 他の施設への申込状況 | 【申込済】の施設名称 | | | | | | |
| | (特養A) (特養B) () | | | | | | |
| 介護老人福祉施設 (特養) に係る | 【今後申込予定】の施設名称 | | | | | | |
| | (特養C) (特養D) () | | | | | | |
| ※入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 下肢の筋力低下があり、自宅において転倒を繰り返している。 ・ 認知症による昼夜逆転があり、介護者は夜間不眠状態が続くなど介護負担が非常に大きく、仕事にも支障が出ている。 ・ 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、在宅生活に強い不安を感じている。 | | | | | | |
| ①本人の状況 (身体機能・認知症の症状) | | | | | | | |
| ②介護者の状況 (介護負担、病気、困っていること) | | | | | | | |
| ③その他 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|----|---------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------|
| 本人の現況 及び 医療状況など | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施設（病院） →（名称） 年 月 日～ | | | | | | |
| | 【既往症・現在治療中の病気】 70歳頃～ 高血圧症、糖尿病、高脂血症 令和3年5月 脳梗塞、左麻痺（〇〇病院） 平成30年頃 認知症 令和2年8月 右大腿骨頸部骨折（〇〇病院、手術） | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 感染症（ ） | | | | | | |
| ケアマネージャー | 氏名 | △△ △△ | | 事業所名 | 居宅介護支援事業所森の里 | | TEL 026-272-7700 |
| 主たる介護者の 状況 | フリガナ | モリノ キョウコ | | 性別 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | 森里 杏子 | | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 昭和・平成 38年5月1日生（60歳） | | |
| | 住所 | 〒387-0005 千曲市大字森1024-3 | | | 要介護認定の有無 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 | |
| | 電話番号 | 026-272-7700 | | | 要介護状態区分 | | |
| | 同居の区分 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | |
| 主たる介護者 以外の家族等 の状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居別居 | 居住地 | 備考（介護協力、病気、障害等） | |
| | 森里 松之助 | 85 | 夫 | <input checked="" type="radio"/> 同・別 | 千曲市 | 要介護度2、認知症 | |
| | 森里 太郎 | 65 | 子 | <input checked="" type="radio"/> 同・別 | 千曲市 | 出張が多く、介護協力は困難 | |
| | 森里 一郎 | 35 | 孫 | <input checked="" type="radio"/> 同・別 | 東京都 | | |
| | 長野 さくら | 32 | 孫 | <input checked="" type="radio"/> 同・別 | 長野市 | 月1回の受診対応等の協力あり | |
| | | | | | 同・別 | | |
| | | | | 同・別 | | | |

添付書類 ※以下の①～②は必須

- ① 介護保険被保険者証の写し
- ② 入所申込に係る情報提供票（担当ケアマネージャー、病院ケースワーカー記載のもの）
- ③ 必要に応じ、診断書、居宅サービス計画書、ケアマネージャーのアセスメント表など

| | | | |
|----------------------------------|---|-------|-------|
| 説明確認欄 及び 個人情報に関する同意 確認欄 | 私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 私は、貴施設が入所検討に係る状況把握を行うため、市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設、入院先の医療機関等から私及びその家族の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。 | | |
| | 令和5年4月1日 | 氏名 | 森里 花子 |
| | 代筆者 | 森里 太郎 | （子） |