

社会福祉法人大志会 介護老人福祉施設 特例入所申込書

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 続柄 ()

住 所

連絡先 (自) (携)

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				性別	生年月日		
氏名				男・女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
現住所	郵便番号				電話番号		
被保険者番号				保険者	千曲市・その他 ()		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2						
	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
利用者負担割合等	<input 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 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						
在宅での 日常生活困難な 事由 (該当する事項 の□に✓を お願いします)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。						
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。						
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。						
	<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。						
入所を希望 する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため						
	<input type="checkbox"/> // 高齢、障害、疾病等のため						
	<input type="checkbox"/> // 就労しているため						
	<input 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 type="checkbox"/> 介護者の身体的精神的負担が大きいため						
	<input type="checkbox"/> 現在入院 (入所) している病院、老健等から退院 (退所) を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日頃退院 (退所) 予定)						
<input type="checkbox"/> その他 ()							
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 3カ月以内 <input type="checkbox"/> 6カ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 将来に備えて						
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input 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						
	() () ()						
※介護老人福祉施設 (特養) に限る	【今後申込予定】の施設名称						
	() () ()						

※入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 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 type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input 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】						
	<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 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			TEL		
主たる介護者の 状況	フリガナ	性別		生年月日			
	氏名	男・女		昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
	住所	〒			要介護認定の有無	有・無	
					要介護状態区分		
	電話番号						
	同居の区分	<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"/> 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)	
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				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。また、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。		
	年 月 日	入所希望者氏名	印
	入所申込者氏名	印	