

入居申込書(1/2)

--	--

施設 記入	担当者名	職 種	相談員 ・ ケアマネ ・ その他()		
		受付年月日	令和	年	月 日

施設見学 (済 ・ 未)

申込年月日		令和 年 月 日			
本 人	フリガナ 氏 名	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
	住 所	〒(-)		電話番号	()
介護認定	申請(更新 ・ 変更)中・済	被保険者番号			
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和		
支 援 事 業 所	事業所名	担当者氏名()			
	所在地	〒(-)		電話番号	()

希望者は 自宅にいる 施設に入居している 病院へ入院している

入 院 ・ 入 居 先	施設名	施設種別	
	所在地	〒(-)	
	電話番号	()	
	フリガナ 担当者名	入院または入院期間	
申 込 状 況	他の施設に <input type="checkbox"/> 申し込んでいる <input type="checkbox"/> 申し込んでいない		
	他の施設の名前()		
	()		

家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏 名	続 柄	年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒(-)		携帯電話	
				電話番号	()
	その他 の連絡 先	〒(-)		氏 名	
				電話番号	()

入居申込書(2/2)

介護者の状況	(<input type="checkbox"/> 内は該当する番号にチェック)	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(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入居 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障がいがある) 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) 5. <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 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)(内容: _____) ※ (入居申込希望理由)上記を記入し、現在の家族状況、介護の状況を必ずご記入ください
入所希望者の状況	該当する項目にチェック	認知症による行動(<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 被害妄想) <input type="checkbox"/> その他(_____) 医療に関する状況 <input type="checkbox"/> 病歴あり (病名: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他(_____) かかりつけ医 (_____) 現在利用している施設サービス等 <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 施設(介護老人保健施設・グループホーム)に入所している <input type="checkbox"/> 病院へ入院している (入院理由: _____ 入院:令和 _____ 年 _____ 月から) 在宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> なし(施設・病院へ入所・入院している) <input type="checkbox"/> 通所系サービス(デイサービス・デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問系サービス(ホームヘルパー・訪問介護) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) 事業所名(_____)
施設使用欄		

【説明確認及び同意書】

- ・入居申込から契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居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。
- ・入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入居制度の適正な運用のため、この申込書及びそれ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。
- ・施設が居宅介護支援事業者、入居施設へ入居希望者の状況について確認することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ (続柄 _____)