

入居希望

明生苑 やよい	多床室 ユニット型個室	個室 (施設記入欄)
------------	----------------	---------------

判定 (施設記入欄)

1	2	3
---	---	---

入居申込書

申込年月日： 年 月 日

(フリガナ)	利用者氏名	保険者 (市町村名を記載)
		保険者番号 (市町村番号6桁)
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別 男・女
現住所	〒	

ご本人の状況

※当てはまるものにし印または○印を付けて下さい。

要介護度	介護度1 ・ 介護度2 ・ 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ⇒ ※同居家族の構成：裏面に記載ください <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (□病院 □老人保健施設 □有料老人ホーム □その他) ※施設名又は病院名： ※入所(院)時期： 年 月から <input type="checkbox"/> その他 ()

入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅の介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度額を超えるなど費用負担が困難である <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、以下にお書きください)
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにし印を付けてください。

(特例入所の該当要件)

- 認知症であり、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等が頻繁に見られる。
- 知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。
 療育・障害者手帳あり 療育・障害者手帳なし
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。
- 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。

※上記に当てはまる具体的な事由を記入して下さい。

()

医療の状況 ※該当するもの すべて選んで ください。	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻）	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル
<input type="checkbox"/> 現在治療中の病気や既往歴など、その他特に注意すること			
()			
希望入居時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入居を希望する		<input type="checkbox"/> 今すぐの入居を希望しない
他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし	()	
	<input type="checkbox"/> 申込（予定）あり ※施設名		

申込者欄<家族等>

フリガナ 氏名		本人との続柄	
住所（郵便物の送付や施設からの連絡先） 〒 - - - - -			
<small>※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。</small>			
TEL	- - - - -	携帯番号	- - - - -
留意事項	本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合は、あるいは他の特別養護老人ホームに入居した場合、必ず施設に連絡してください。		
説明 確認欄	入居に係る説明事項について確認しました。 年 月 日 署名		

申込代理者欄 <介護支援専門員>

※本人または家族等を代理して介護支援専門員が申し込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込みを行う 介護支援専門員	(フリガナ) 氏名	連絡先電話番号 - - - - -
介護支援事業所名		
代理申込みを行う介護支援専門員の意見		

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄<家族等>に記入してください。

説明 確認欄	入居申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 年 月 日 代理申込 介護支援専門員署名	
-----------	---------------------------------------------------------------------	--

家族状況	続柄	氏名	年齢	住所	どちらかに○
					同居・別居
					同居・別居
収入状況	年金	種類	記号番号コード	年俸	円
	国民年金				
	厚生年金				
	恩給 その他				
利用料支払	1. 本人負担 2. 一部縁故者負担 3. 全額縁故者負担				

※添付書類 介護保険被保険者証（写し）