

入 居 申 込 書

特別養護老人ホーム
ひだまりの里 たかくらの里
施設長 殿

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
担当者名	

住所	〒
フリガナ氏名	入居希望者との関係 ()
電話	自 宅 携帯電話

申込先（入居施設名）	ひだまりの里・たかくらの里	保 険 者		
入居希望者の状況	(フリガナ)	性別		
	氏 名	男・女	被保険者番号	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	現 住 所	〒	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	年金等	種別	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中	
	年金支給額	年 額	円	
	その他 受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障害者手帳 ・ その他 () 介護保険負担限度額認定証 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ なし		
	現 況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。		
		施設名又は病院名		
		所 在 地	〒	
	入所又は入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	担当ケアマネージャー			
	事 業 所 名	連絡先		
入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 要介護1又は要介護2の方は、別紙の事項を参考に、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を具体的に記載してください。			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】						
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () ()						
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	生年月日				明・大・昭 年
	氏名		男・女					月 日 (歳)
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所) 電話						
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない (具体的な状況：)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常勤にて就労 <input type="checkbox"/> パートにて就労 1日 時間・週 日 仕事の内容・勤務時間 ()						
	健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (具体的な状況：)						
	意見	(介護しているうえで困っていること等)						
家族状況	お名前	続柄	年齢	同居	ご職業	健康状態	連絡先	
				同居 別居		良・受診あり		
				同居 別居		良・受診あり		
				同居 別居		良・受診あり		
				同居 別居		良・受診あり		
説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 印							
同意書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合は、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 平成 年 月 日 氏名 印							