

(別紙様式1)

【要介護1～5共通】

万年青苑			明日香苑		
施設長	統括生活相談員	生活相談員	施設長	統括生活相談員	生活相談員

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム入所申込書

施設入所したいので、次の通り申し込みます。 社会福祉法人恵和会

同意欄	<p>入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所から、必要な情報を得ることに同意します。</p> <p>また、施設が行政機関などからの求めに応じて情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 印</p>
-----	--

申請者	〒 ー	氏名	
	住所	電話	
		携帯	

入所希望施設	1 万年青苑	2 明日香苑	3 どちらも希望する
入所申込者	フリガナ	性別	保険者番号
	氏名	男・女	被保険者番号
	生年月日	大・昭 年 月 日	要介護区分
	現住所	〒 ー	要介護認定有効期間
	住環境	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下などの構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()	
特例入所理由	<p>【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】</p> <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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が頻繁に見られ、在宅介護が困難な状態である。 <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、在宅介護が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 家族などによる虐待が疑われる等、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯。又は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十分に認められないことにより在宅生活が困難な状態である。		
入所希望期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6か月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい		
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱		
特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日)		

主 介 護 者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()			
同 居 家 族	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入 所 希 望 理 由	(該当する項目すべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 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ため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> ほかにも介護している <input type="checkbox"/> 育児をしている) <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ため。 (理由:)			
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名() 名前() <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用表(別表を含む)を併せて提出願います。

※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当する事を判定したうえで正式な受付をします。

※別途資料の提供を求める場合があります。