

入 所 申 込 書 ( 1 / 2 ) 特別養護老人ホーム 唐松荘

|               |            |           |  |      |                       |                       |     |     |  |
|---------------|------------|-----------|--|------|-----------------------|-----------------------|-----|-----|--|
| 申込年月日         |            | 令和 年 月 日  |  |      |                       |                       |     |     |  |
| 本人            | フリガナ       |           |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年 月 日( 歳) |                       | 性別  | 男・女 |  |
|               | 氏名         |           |  |      |                       |                       |     |     |  |
|               | 住所         | 郵便番号( - ) |  |      | 電話番号                  |                       |     |     |  |
| 家族・申込者        | フリガナ       |           |  | 続柄   | 生年月日                  | 大正・昭和・平成<br>年 月 日( 歳) |     |     |  |
|               | 氏名         |           |  |      |                       |                       |     |     |  |
|               | 住所         | 郵便番号( - ) |  |      | 携帯番号                  |                       |     |     |  |
|               | 会社等その他の連絡先 |           |  |      | 電話番号                  |                       |     |     |  |
| 居宅介護<br>支援事業者 | 事業所名       |           |  |      | 事業者番号                 |                       |     |     |  |
|               | 所在地        | 郵便番号( - ) |  |      | 電話番号                  |                       | ( ) |     |  |
|               | フリガナ       |           |  | 備考   |                       |                       |     |     |  |
|               | 担当者名       |           |  |      |                       |                       |     |     |  |
| 入院・入所先        | 施設名        |           |  |      | 施設種別                  |                       |     |     |  |
|               | 所在地        | 郵便番号( - ) |  |      | 電話番号                  |                       | ( ) |     |  |
|               | フリガナ       |           |  | 備考   |                       |                       |     |     |  |
|               | 担当者名       |           |  |      |                       |                       |     |     |  |
| 他施設の<br>申込状況  | 施設名1       |           |  |      | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)   |                       |     |     |  |
|               | 施設名2       |           |  |      | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)   |                       |     |     |  |
|               | 施設名3       |           |  |      | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)   |                       |     |     |  |

**【説明確認及び同意書】**

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所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には、施設に連絡することに同意します。
- ・入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれら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へ入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・施設に入所した際には、私が責任をもって利用料等の支払いを行います。

令和 年 月 日

氏名 印 (続柄 )

|          |      |  |  |       |                     |  |  |
|----------|------|--|--|-------|---------------------|--|--|
| 施設<br>記入 | 担当者名 |  |  | 職 種   | 施設長・相談員・ケアマネ・その他( ) |  |  |
|          | 受付番号 |  |  | 受付年月日 |                     |  |  |
|          | 備考   |  |  |       |                     |  |  |

# 入 所 申 込 書 ( 2 / 2 ) 特別養護老人ホーム唐松荘

|  |                              |   |                                       |  |      |                        |
|--|------------------------------|---|---------------------------------------|--|------|------------------------|
| 介護認定   | 申請(更新・変更)中・済                 | 保険者( )  | 被保険者番号                                |  |      |                        |
| 要介護度   | 1・2・3・4・5                    | 認定の有効期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日                         |  |      |                        |
| 介護者の状況   | 該当する番号1つに○<br>(□内は該当項目にチェック) | 1. 身寄りがなく、介護する者がいない。  |                                       | 認定日 年 月 日  |      |                        |
|  |                              | 2. 介護する者がいない ( <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)。  |                                       |  |      |                        |
|  |                              | 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。<br>(介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)  |                                       |  |      |                        |
|  |                              | 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。<br>(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. 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)。   |                                       |  |      |                        |
|  |                              | ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。  |                                       |  |      |                        |
|  |                              | 同居者とその状況  | 氏 名                                   | 続柄   | 生年月日 | 状況(主介護者・健康状態・住所・勤務先など) |
|  |                              | 近親者   |                                       |  |      |                        |
|  |                              | 本人の状況   | 現在の住居及び介護サービスの利用状況他<br>(□内は該当項目にチェック) | 1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護<br><input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス<br><input type="checkbox"/> その他( ) |      |                        |
| 2. 病院 (診断名: 入院: 年 月から)   |                              |   |                                       |  |      |                        |
| 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 )<br><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 )<br><input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 )<br><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護<br><input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 )<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____ 日)<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><input type="checkbox"/> 複合型サービス |                              |   |                                       |  |      |                        |
| 4. 医療的処置の状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                              |   |                                       |  |      |                        |
| 特例入所要件の有無 有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無   |                              |   |                                       |  |      |                        |
| その他の項目   | ※聞き取り施設記入                    |   |                                       | <input type="checkbox"/> 主な病気( )   |      |                        |
|  |                              |   |                                       | <input type="checkbox"/> 在宅生活であり、認知症の行動・心理症状がある( )   |      |                        |
|  |                              |   |                                       | <input type="checkbox"/> 住環境が介護に適さない( )  |      |                        |
|  |                              |   |                                       | <input type="checkbox"/> 退所(退院)後も在宅生活が困難( )  |      |                        |
|  |                              |   |                                       | <input type="checkbox"/> 当該施設併設のショートステイの利用経験 ( 有 ・ 無 )   |      |                        |
|  |                              | <input type="checkbox"/> 地域性(新見市在住である)  |                                       |  |      |                        |