

入居申込書

※施設側記入欄

受付日	年	月	日
受付時刻	午前・午後	時	分

ジョイヴィレッジ施設長 殿

※以降の太枠内にご記入ください。

<申込者>

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

住所	〒		
フリガナ 氏名	入居対象者との続柄	電話番号	()
		携帯	

「介護老人福祉施設 ジョイヴィレッジ」に入居したいので、次のとおり申し込みます。

※ご記入後、郵送(持参)前に本申込書のコピーを控えとして保管してください。

フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女	
			住民登録	市・区・町・村	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
現住所	〒				
	電話番号				
健康保険	種別		記号・番号		
年金等	種別		年金額	円/月	
介護保険	被保険者番号				
	保険者の名称 市・区・町・村				
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他()				
	(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
要介護認定	【要介護1、要介護2の方へ】				
	介護保険法の改正で平成27年4月1日から特養入所は原則要介護3以上に限定されました。 要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入居するためには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて以下に示すようなやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。②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等が頻繁に見られる。③家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。④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。 ・・・該当されると思う方は詳細・状況を以下に具体的に書きください。				
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	手帳の種類 (障害名) (判定 級(度) 年 月 日)				
現在 利用 施設 等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している				
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入居している				
	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている				
	<施設に入所(入居・入院)している場合>				
	施設または病院名				
	所在地	市・区・町・村			
	入所または入院期間	年 月 日 ~			

医療的 処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他()				
	(現在服薬中のお薬)				
	(現在治療中の病気)				
	病名	入院・通院の病院名	期間		
			年 月 ~		
			年 月 ~		
			年 月 ~		
※該当するもの全てをお選びください。	(既往症)				
	病名	入院・通院の病院名	期間		
			年 月 ~		
			年 月 ~		
			年 月 ~		
	身体 の 状 況	身長 cm ・ 体重 kg			
		食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類)	<input type="checkbox"/> 見守り (主食) <input type="checkbox"/> 一部介助 (副食)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
排泄		<input type="checkbox"/> 自立 (オムツの使用)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
更衣		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
移動		<input type="checkbox"/> 自立 (歩行・移動)	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 掴まり歩き	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
視力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大きい文字程度	<input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度	<input type="checkbox"/> 見えない
聴力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや大きな声	<input type="checkbox"/> 耳元で聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない
言語		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 他者に伝わらない	<input type="checkbox"/> 話せない
認知・精神 の 症 状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症状を有するが、日常生活はほぼ自立している				
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる				
入所を希望 する 理 由	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする				
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする				
	<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする				
	※自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。				
	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護できない				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難				
<input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難					
<input type="checkbox"/> 介護をする者が複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難					
<input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難					
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい					
<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等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、十分な介護が困難					
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難					
<input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難					
<input type="checkbox"/> その他()					
※該当するもの全てをお選びください。					

家族の状況	(主介護者の状況)				
	フリガナ		性別	生年月日(年齢)	(歳)
	氏名		男・女	明・大・昭・平	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業		
	住所	〒 電話 ()			
	入居希望者との関係	<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、家族の状況)				
	氏名	性別	年齢	住所	電話番号
現在利用の居宅サービス等	<p>※該当するものを全てお選びください。 ※[]内は事業所名をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)(月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) []</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>				
ご担当のケアマネ	氏名				連絡先(TEL)
	事業所名				
入居希望時期・部屋タイプ	<p><input type="checkbox"/> 出来るだけ早い時期に入居したい</p> <p><input type="checkbox"/> 現時点では申込みのみでよい</p> <p>(申込みのみを選択した方について)※登録だけで当施設からのお声掛けはありません。上記(できるだけ早い時期に入居したい)状況になりましたら、再度ご連絡ください。</p>				
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)			
留意事項	<p>次のような変化があった際には速やかにご連絡ください。</p> <p>*ご本人の身体状況や介護度、ご家族の状況について変化があった時。</p> <p>*他施設の入所が決まった時。</p> <p>*諸事情で入居申し込みを取り下げる時。</p>				

備 考	本申込書に記載した事項、あるいは記載項目にない事項等で追加したいことがあれば自由にお書きください。

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入居申し込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のため提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 入居要件の判定や入居の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申し込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入居希望者氏名 _____ 印
	申込者氏名 _____ 印

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手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 また、申込書にある内容を保険者・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。
	年 月 日 氏 名 _____ (入居対象者との続柄 _____)