

入居申込書

※施設側記入欄

たちばなの里
たちばなの里ユニット 施設長 殿

受付日	年 月 日
受付時刻	午前・午後 時 分

※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 たちばなの里・たちばなの里ユニット」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				
※介護保険が更新された場合にはご連絡をお願いいたします。					
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 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を以下に状況を具体的にお書きください。				
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 ~			

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	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
現在利用の居宅サービス等	※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。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)(月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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	<input type="checkbox"/> 出来るだけ早い時期に入居したい 部屋のタイプ <input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋) <input type="checkbox"/> ユニット(個室) <input type="checkbox"/> どちらでも良い <input type="checkbox"/> 現時点では申込みのみでよい <u>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。</u>				
	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	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。 *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。 *他施設の入所が決まった時。 *諸事情で入居申し込みを取り下げる時。				

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 _____)