

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 ~			

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	※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 <input type="checkbox"/> 現時点では申込みのみでよい (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。				
	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。				

