

理事長	施設長	相談員	主任	担当

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

特別養護老人ホーム愛灯園 入所申込書

社会福祉法人 愛灯園 理事長 様

入所申込者 (続柄)

貴施設に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ				性別	生年月日			
氏名				男・女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)			
現住所	郵便番号				電話番号			
被保険者番号				保険者名				
要介護認定	<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							
	認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
健康保険	種類	後期高齢者 ・ 前期高齢者 ・ その他 ()						
年金の種類等	種類	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ その他 月額約 円						
主たる介護者の状況	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名				男・女	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒						
	勤務先				職 種			
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居						
	申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (続柄) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()						
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	住所	職業・会社名	家族図		
居宅サービス (介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他							
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)							
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位) (直近3ヶ月の平均 _____ 単位) ① (支給限度基準額 _____ 単位) ② ①/②*100= (在宅サービス利用率 _____ %)							
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後 10:00 (夜間)						
		<input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後 10:00~午前 6:00 (深夜)						

該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。	入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<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る。		<input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。		<input type="checkbox"/> " 就労しているため
	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> " 育児等しているため
			<input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため
			<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい
			<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい
			<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定)
			<input type="checkbox"/> (その他詳細)
		入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者
	Tel		
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日～		
過去の入所・入院状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン		
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他()		
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	[現在治療中の病名]		
	()		
	種類	年 月 日～	年 月 日
	名称	理由	
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称() ()		
	() () ()		
	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称() ()		
	() () ()		

添付書類

- 介護保険証・負担限度額証等の写し

同意署名欄	私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所方法について、施設の担当者から説明を受けました。		
	貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、長野県及び関係市町村に報告提供することに同意します。		
	令和	年	月 日 氏名