

入所申込書（見本）

| | | | | | | | |
|----------|--|------------------------------------|----|-------------------------------|---------------------------------|----|-------------|
| 申込年月日 | | 令和 5年 1月 1日 | | | | | |
| 本人 | フリガナ | ビセイ タロウ | | 生年月日 | 大正・ <u>昭和</u> 13年 1月 1日(85歳) | 性別 | <u>男</u> ・女 |
| | 氏名 | 美星太郎 | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号(714-1413) 井原市美星町西水砂2236番地7 | | 電話番号 | 0866 (87) 3110 | | |
| 家族・申込者 | フリガナ | ビセイ イチロウ | | 生年月日 | 大正・ <u>昭和</u> 38年 1月 1日(60歳) | 続柄 | 長男 |
| | 氏名 | 美星一郎 | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号(714-1413) 井原市美星町西水砂2236番地7 | | 電話番号 | 0866 (87) 3110 | | |
| | | 携帯番号 | | 090 (0000) 0000 | | | |
| | その他の連絡先 | 郵便番号(714-1413) 井原市美星町西水砂1111番地1 | 氏名 | 美星二郎 | | 続柄 | 二男 |
| 居宅介護事業所 | 事業所名 | 〇〇〇〇〇居宅介護支援事業所 | | 電話番号 | 0866 (87) 0000 | | |
| | 担当ケアマネージャー | 長楽一郎 | | 備考 | | | |
| 他施設の申込状況 | 施設名1 | 美星園 | | 申込予定・ <u>済</u> (申込時期 令和5年1月頃) | | | |
| | 施設名2 | 美星荘 | | 申込予定・ <u>済</u> (申込時期 令和5年1月頃) | | | |
| | 施設名3 | | | | | | |
| 入所の意向 | 長楽園から入所案内があった時は 該当する番号1つに○ <u>1. すぐに入所したい</u> 2. 案内があった時に検討する 3. すぐには入所しない | | | | | | |
| | 居室の希望 該当する番号1つに○ 1. 個室 2. 多床室(4人部屋) <u>3. どちらでも良い</u> | | | | | | |

【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は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、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所や他の施設、病院等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。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

必ず捺印してください

令和 5年 1月 1日

氏名 美星一郎

印 (続柄 長男)

| | | | |
|------|------|---------------------|-----------|
| 施設記入 | 担当者名 | | 受付 年月日 |
| | 職種 | 施設長・相談員・ケアマネ・その他() | |
| | 受付番号 | | |

| | | | |
|--------------------|--|---------|---------------------|
| 介護認定 | 申請(更新・変更)中・ <input checked="" type="radio"/> 済 | 被保険者番号 | 0000000000 |
| 要介護度 | 1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5 | 認定の有効期間 | 令和5年1月1日～令和8年12月31日 |
| 特例入所要件の有無 | <input checked="" type="radio"/> 無・有(詳細は別紙「特例入所申込書」とおり) | | |
| 介護者の状況 | <p>該当する番号1つに<input type="radio"/></p> <p>(<input type="checkbox"/>内は該当項目にチェック)</p> <p>1. 介護する者がいない(<input type="checkbox"/>身よりがいない) ※介護保険被保険者証を確認してください <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)</p> <p>2. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (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)</p> <p><input checked="" type="radio"/>3. 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。 (介護者が <input type="checkbox"/>要支援状態・高齢 <input checked="" 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)</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 1～4に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。</p> | | |
| 現在の住居及び介護サービスの利用状況 | <p>該当する番号1つに<input type="radio"/></p> <p>(<input type="checkbox"/>内は該当項目にチェック)</p> <p>1. 施設 入所時期:令和 年 月から 施設の名称: <input type="checkbox"/>特養 <input type="checkbox"/>老人保健施設 <input type="checkbox"/>介護療養型 <input type="checkbox"/>養護施設 <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"/>有料ホーム <input type="checkbox"/>救護・更正施設(保護施設) <input type="checkbox"/>障害者入所施設 <input type="checkbox"/>生活支援ハウス</p> <p>2. 病院 入院時期:令和 年 月から 病院名: 病院</p> <p><input checked="" type="radio"/>3. 在宅 <input checked="" type="checkbox"/>訪問介護 (<input checked="" type="checkbox"/>週4回以上 <input type="checkbox"/>週2～3回 <input type="checkbox"/>週1回以下) <input type="checkbox"/>訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/>週1回以上) <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 <input type="checkbox"/>週1回未満) <input type="checkbox"/>定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/>週1回未満) <input type="checkbox"/>認知症対応型通所介護 <input checked="" 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 20日) <input type="checkbox"/>小規模多機能型居宅介護・複合型サービス</p> | | |
| 入所者本人の状況 | <p>現在の生活状況</p> <p>(<input type="checkbox"/>内は該当項目にチェック)</p> <p>1. 身体 視力:<input type="checkbox"/>普通 <input checked="" type="checkbox"/>弱視 <input type="checkbox"/>全盲 聴力:<input type="checkbox"/>普通 <input checked="" type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴 言葉:<input type="checkbox"/>普通 <input checked="" type="checkbox"/>やや不自由 <input type="checkbox"/>不自由 移動:<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>杖歩行 <input type="checkbox"/>伝い歩き <input type="checkbox"/>いざる・はう <input type="checkbox"/>歩行器 <input checked="" type="checkbox"/>車いす 食事:<input type="checkbox"/>自立 <input checked="" type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>ご飯 <input checked="" type="checkbox"/>おかゆ <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>ミキサー <input type="checkbox"/>経管栄養(胃ろう) 入浴:<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input checked="" type="checkbox"/>全介助 排泄:<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input checked="" type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>紙パンツ <input checked="" type="checkbox"/>尿取りパット <input type="checkbox"/>おしめ 着脱:<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input checked="" type="checkbox"/>全介助 特殊:<input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>つなぎ服 <input type="checkbox"/>ミトン手袋)</p> <p>2. 健康 状態:<input type="checkbox"/>良好 <input checked="" type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや不良 <input type="checkbox"/>不良 <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>バルーンカテーテル 治療中の病気(高血圧、脳梗塞後遺症)) 既往歴(脳梗塞)) 褥瘡:<input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位)) 認知症:<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり(問題行動が <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり) 認知症状や問題行動がある場合の具体例)) ())</p> <p>3. 環境 寝間:<input checked="" type="checkbox"/>ベッド <input type="checkbox"/>畳に布団敷き(ベッドを使用したことが <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり)</p> | | |