

## 入 所 申 込 書

|       |          |
|-------|----------|
| 申込番号  |          |
| 初回申込日 | 平成 年 月 日 |
| 今回受付日 | 平成 年 月 日 |

|     |    |       |
|-----|----|-------|
| 申込者 | 氏名 | 続柄:   |
|     | 住所 |       |
|     | 電話 | 携帯電話: |

(1)特別養護老人ホームおくらの里 (2)地域密着型特別養護老人ホーム広瀬の里  
に入所したいので次のとおり申し込みます。

なお、入所のための待機期間中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 入所を希望する施設に○印をつけてください |                     |
|                      | 特別養護老人ホーム おくらの里     |
|                      | 地域密着型特別養護老人ホーム 広瀬の里 |

|                            |   |  |               |                            |
|----------------------------|---|--|---------------|----------------------------|
| 入<br>所<br>者<br>の<br>状<br>況 | フリガナ<br>氏名  | 男・女  | 保険者<br>被保険者番号 |                            |
|                            | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日  | 要介護度          | 1・2・3・4・5                  |
|                            | 現住所   | 電話番号 ( )   | 認定<br>有効期間    | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |
|                            | 給付制限  |  | 認定審査会意見       |                            |
|                            | 現況  | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている<br><input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる<br><input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている<br>施設(病院)名: _____ 入所(入院)日: _____  |               |                            |
|                            | 介護者の有無  | <input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない<br><input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名: _____ 続柄: _____<br>" 生年月日: _____ 同居別居: _____   |               |                            |
|                            | 入所希望の理由   | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> その他( )                                  |               |                            |
|                            | 該当するものすべてを選んでください   | 注:施設や病院から退所(退院)を求められている場合は、自宅での生活状況を想定してご記入下さい。  |               |                            |
|                            | 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素<br><input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( ) |               |                            |
|                            | 申込み状況   | <input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名: _____)   |               |                            |
| 担当ケアマネージャー                 | <input type="checkbox"/> いる *事業所名( )名前( )<br><input type="checkbox"/> いない |  |               |                            |
| 緊急性の有・無                    | <input type="checkbox"/> ある *理由( )<br><input type="checkbox"/> ない         |  |               |                            |

入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村に提供すること。

平成 年 月 日

氏名(本人又は代理人)



