

特別養護老人ホーム 愛知たいようの杜 ハモリー館・杜っと館

地域密着型小規模特別養護老人ホーム だいたい村

入所申込書（新規・変更）

平成 年 月 日

（指定介護老人福祉施設）特別養護老人ホーム 愛知たいようの杜 ハモリー館・杜っと館

総施設長 様

（指定介護老人福祉施設）地域密着型小規模特別養護老人ホーム だいたい村

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

貴施設以外の施設に入所が決定した場合、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡致します。

入所希望者 (本人)	ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名					
	住所	〒 電話番号 () -				
介護保険保険者	(市町村)	被保険者番号				
要介護認定 (特例)	5 ・ 4 ・ 3	認定有効期間	平成 年 月 日			
	(2 ・ 1)		～ 年 月 日			
担当ケアマネジャー	事業所・氏名	電話番号 ()	-			
連絡先	ふりがな		性別	男・女	入所希望者 との続柄	
	氏名					
	住所	〒 ※携帯電話等、日中に連絡のとれる電話番号 () -				
希望の施設・居室 (複数選択可)	ハモリー館		: <input type="checkbox"/> 従来型個室		<input type="checkbox"/> 多床室 (4人部屋)	
	杜っと館		: <input type="checkbox"/> ユニット型個室			
	だいたい村 (入所希望者が長久手市在住の方のみ)		: <input type="checkbox"/> ユニット型個室		(*トイレ付居室は1日当たり+330円)	
	※ 希望の施設・居室について		<input type="checkbox"/> どこでもよい			
		<input type="checkbox"/> 希望の順位がある (①: ②: ③:)				
※ その他のご希望等		()				
他施設等の 申込みについて	<input type="checkbox"/> 当施設のみを申込み。					
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている。あるいは、申込み予定がある。					
	→ 既に申込みをした施設名 ()		申込み予定の施設名 ()			
入所の時期について	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 平成 年 月以降 (理由:)					
申込み理由 ・ 入所を急ぐ理由	<p>該当する項目すべてにチェックをしてください</p> <p><input type="checkbox"/> ① 施設入所により安心した生活を送りたい</p> <p><input type="checkbox"/> ② 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 認知症などにより常時の見守り、介護が必要</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難 (詳細を⑧欄に記入)</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦ 利用したい在宅サービスが十分でない (夜間訪問介護など)</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧ その他の理由 (具体的にお書きください)</p> <p>→</p>					

<p>申込み理由 ・ 入所を急ぐ理由</p>	<p>(※要介護度1・2の場合は下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。)</p> <p><input type="checkbox"/>⑨ 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/>⑩ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/>⑪ 家族等による深刻な虐待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</p> <p><input type="checkbox"/>⑫ 単身世帯、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、かつ地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である</p>			
<p>身元引受人 について</p>	<p>当施設では、入所希望者が入所した後も日常的なケアや施設サービス以外の部分で本人を支援していただく身元引受人の登録を原則としてお願いしています。身元引受人を担うことができる方はいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → ※右欄へ記入</p>	<p>ふりがな</p>		
		<p>氏名</p>		
		<p>住所</p>		
<p>同意及び説明確認</p>		<p>年齢</p>	<p>入所希望者 との続柄</p>	
<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネジャー等に、この申込内容について情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。また、入所申込みから入所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。</p> <p>平成 年 月 日 入所希望者または代理者等 氏名 印</p>				

※ 添付書類①：入所希望者状況票①②③

※ 添付書類②：介護保険被保険者証の写し

※ 添付書類③：直近の介護サービス利用票・別表（の写し）…※在宅介護サービス利用中の方のみ

【事務処理欄】 受理番号：

<p>申込日：平成 年 月 日</p>	<p>受付日：平成 年 月 日</p>	<p>受付者：</p>
<p>受付簿記入者：</p>	<p>受付簿記入日：平成 年 月 日</p>	
<p>入所基準： 標準 ・ 特例</p>	<p>特例事由市町村確認：平成 年 月 日 該当 有 ・ 無</p>	