

特別養護老人ホーム おはら入所申込書(兼同意書)A

・新規 ・変更

注)ご本人の心身の状況を把握している方が太線内を正確にご記入ください。ご不明な場合はケアマネージャーなどにご相談ください。事実と相違する場合は優先順位が変更される場合があります。

(連絡窓口)	フリガナ			続柄			住所		
	氏名								
	連絡先 TEL	日中	()		夜間	()		勤務先	()
	FAX	FAX	()		携帯電話			メールアドレス	

* 連絡がつかない場合は、入所の順番が遅くなる可能性があります。必ず連絡がつく連絡先をご記入ください。

介護支援	専門員	フリガナ			フリガナ		
		氏名			事業所		
	連絡先			FAX			

注)入所希望者の状況をより正確に把握する為に記入を御願ひしています。状況について問い合わせる場合があります。

同意書	入所希望施設が介護支援専門員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。		令和 年 月 日
	入所希望者		
	本人氏名	(印)	氏名欄について 自署の場合は、押印不要です。
	* 申込者が本人以外の場合	(印)	
申込者(連絡窓口)氏名	(印)		

介護者の状況	1 身寄りがなく、介護する者がいない
	2 介護するものがない(□介護者が長期入院・入所 □介護者が遠方に在住)
	3 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □要介護状態 □病気療養中 □障害がある)
	4 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 □要支援状態・高齢 □就労している □他にも介護している □育児)
	5 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。
	6 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。

世帯状況	□ 独居 □ 高齢者世帯 □ その他			
	家族構成			
	氏名	年齢	住所	続柄

* 上記を記入し、現在の介護者(介護している世帯)の状況をご記入ください。

申込日 令和 年 月 日

ホーム管理番号

入所希望者本人の情報	介護保険被保険者証	介護保険者番号	*介護保険証の写しを必ず同封して下さい	
		被保険者番号		
	フリガナ		性別	男・女
			年齢	歳
	氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	〒		電話	
	住所		FAX	
	要介護認定	要介護度 1・2・3・4・5	認定	平成・令和 年 月 日～
		*更新申請中の場合(申請日:令和 年 月 日)	有効期間	平成・令和 年 月 日
	1～3の該当する番号1つに○	現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 <input type="checkbox"/> 軽費 □ ケアハウス □ 高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> その他() ⇒入所・入居中の施設名 [: 電話] 2 病院 (入院となった理由: 入院: R 年 月から ⇒入院治療中の病院名 [: 電話] 3 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) (週 □4回以上 □2～3回 □1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 □1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 / 訪問リハビリテーション (週 □2回以上 □1回以上) <input type="checkbox"/> 通所介護 / 通所リハビリテーション (週 □2回以上 □1回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 / 療養介護 (最近3ヶ月の利用日数合計 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(夜間対応型ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(認知症対応型デイサービス) <input type="checkbox"/> その他()	
入居申込ができるのは原則として要介護3以上の方です。 要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむ得ない理由が必要です。 要介護度1・2の方は以下該当するものに回答してください。				
<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。 <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等頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。				

入居希望時期

- 出来るだけ早く
- 令和 年 月 頃まで

※介護保険証の写し

※介護保険負担限度額認定証の写し(持っている方) 一緒に提出して下さい。