

入 居 申 込 書

申込者 (本人でない場合は、申込代理者)

社会福祉法人 津田福社会

理事長 半田 昇殿

| | |
|------|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 |
| 担当者名 | |

| | |
|------------|------------------|
| 住所 | 〒 |
| フリガナ 氏名 | 入居希望者との関係 () |
| 電話 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|-----|-------------|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| 申込先 (入居施設名) | | | | 保 険 者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 居 希 望 者 の 状 況 | (フリガナ) | | 性別 | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | 男・女 | | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 () 歳 | | | 要介護 認定期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 況 | □自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている □老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所又は入院時期：平成 ・ 令和 年 月から入所・入院している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居希望者の状況 | □介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により十分な介護が困難なため。 □介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 □居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 □施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 □要介護1又は要介護2の方が入所するためには、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付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td>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等が頻繁に見られる。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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が頻繁に見られる。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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・安心の確保が困難な状態である。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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。</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | <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等が頻繁に見られる。 | <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が頻繁に見られる。 | <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・安心の確保が困難な状態である。 | <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。 |
| <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等が頻繁に見られる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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が頻繁に見られる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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・安心の確保が困難な状態である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| | 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 |
| | 申 込 状 況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () () |
| 説明 確認 欄 | <p>私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> | |
| 同 意 書 | <p>1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。</p> <p>2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> | |