

## 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		日
受付日		日
担当者名	さつき荘職員が記入します。	

住所	〒	ご家族様の住所・氏名をお書き下さい。 お電話は連絡のつく番号をご記入ください。	入居希望者との関係 ( )
フリガナ氏名			
電話			

申込先（入居施設名）	特別養護老人ホーム さつき荘	保 険 者	鹿沼市											
(フリガナ)		性別												
氏 名	津田 さつき	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	被保険者番号					2	8	9	7	6	2	9
生 年 月 日	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 13年 1月 1日 ( ) 歳	要介護認定期間	1 ・ 2 ・ 3 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 4 ・ 5											
現 住 所	〒311-0011 栃木県鹿沼市白桑田 254-7											TEL	0289-76-2959	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労 <input type="checkbox"/> 介護者の身体 <input type="checkbox"/> 居住環境の事 <input type="checkbox"/> 施設や病院等 <input checked="" type="checkbox"/> <b>要介護 3 以上の方はこちらです。当てはまる内容全てにレ点をご記入ください。</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>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。</b>													
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)	<input type="checkbox"/> <b>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。</b> <input type="checkbox"/> <b>知的障害</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>要介護 1・2 の方はこちらです。当てはまる内容全てにレ点をご記入ください。</b> <input type="checkbox"/> <b>家族等に</b> _____ <b>身の安全・安心の確保が困難な状態である。</b> <input type="checkbox"/> <b>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。</b>													
	<input type="checkbox"/> 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 ( ) <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>
	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 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )
説明 確認 欄	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 令和 年 月 日 <b>記入日</b> 氏名 <u>ご家族様署名</u>	
同意 書	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。 2. 入居の <b>記入日</b> 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。 令和 年 月 日 氏名 <u>ご家族様署名</u>	