

特別養護老人ホーム みどりの郷 入所申込書

No. _____

申込日 令和 年 月 日

申請者 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 () _____

携帯番号 _____

次のとおり申し込みます。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合及び要介護度や連絡先、介護の状況などについて変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡します。

フリガナ 利用者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒			電話	()
希望施設	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む（施設名： _____）				
生活の状況	<input type="checkbox"/> 在宅（独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内又は近隣に家族がいる） 在宅介護サービスの内容： <input type="checkbox"/> 施設（病院・老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他） 施設(病院)名： _____ 入所(院)日 年 月 日				
保険者	今治市・その他（ _____ ）	認定年月日	平成・令和 年 月 日		
被保険番号	_____	有効期間	平成・令和 年 月 日から		
要介護度	1 2 3 4 5		平成・令和 年 月 日まで		
居宅介護 支援事業所	居宅サービスを利用されている場合、事業所名と担当ケアマネージャー名をご記入ください。 事業所名： _____ 担当者： _____				
介護者の有無： あり ・ なし (入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入ください。)		入所希望の理由（該当するもの全てをご記入ください） <input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 生活のため仕事に就いているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 未就学の子や孫を世話しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 病気や障害などで介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の者を介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
主たる 介護者	氏名	続柄			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
従たる 介護者	氏名	続柄			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
現在の状況	現在治療中の病気など、わかる範囲でご記入下さい。				
特例入所要件	要介護1又は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と思われる項目に☑を付けてください。 <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				

入所申込みに際し、入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

- 入所判定調査に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
- 入所判定調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
- 市町村から求められた場合、この申込み情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名（本人又は代理人） _____