

入 所 申 込 書

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

特別養護老人ホーム長万部慈恵園

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 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<br>氏名 | 入所希望者との関係<br>( ) |
| 電話         |                  |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                        |       |             |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 申 込 先                                | 特別養護老人ホーム長万部慈恵園                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                        | 保 険 者 |             |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 入<br>所<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況 | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                        | 性別    | 被保険者<br>番号  |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        | 男・女   |             | 要介護度                     | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 大・昭<br>年 月 日 ( ) 歳                                                                                                                                                                                                     |       | 要介護<br>認定期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 現 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 〒<br><br>TEL                                                                                                                                                                                                           |       |             |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 現 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。<br>◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____<br>◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している |       |             |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所を希望する理由<br>(該当するものすべてを選んで下さい)      | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><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><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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><br/> <input type="checkbox"/> <b>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。</b><br/> <input type="checkbox"/> <b>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。</b><br/> <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> </div> |                                                                                                                                                                                                                        |       |             |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | <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（                      ）<br><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<br>◇既に申し込んでいる他の施設名（                                              ）（                      ）<br>◇今後申し込む予定の他の施設名（                                              ）（                      ） |
| 説明<br>確<br>認<br>欄 | 私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。<br>令和      年      月      日<br><div style="text-align: right;">氏 名 _____</div>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 同<br>意<br>書       | 1. 入所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。<br>2. 入所のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、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。<br>令和      年      月      日<br><div style="text-align: right;">氏 名 _____</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |