

特別養護老人ホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム アマリリス 施設長様

入所希望者(申込者)

申し込み日: 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女
現住所	〒					
	電話番号 ()					
被保険者番号		保険者(市町村)				
認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居					
	<input type="checkbox"/> 入院中(病院名) 入院日 年 月 日～年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 入所中(施設名) 入所日 年 月 日～年 月 日					
経済状況	<input type="checkbox"/> 在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他					
	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他の収入 <input type="checkbox"/> 生活保護					
	月額(円程度)収入証明添付 介護負担限度額認定証 段階					
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
寝たきり度の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					

申し込み代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄もご記入ください。)

フリガナ 氏名		入所申込者との続柄
住所	〒	
	電話番号 ()	

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、当施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに当施設連絡します。

入所希望理由(要介護3～5の方は、右記の該当項目を全てチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 1、施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2、寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3、認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4、施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5、介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6、介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7、利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8、介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9、在宅が介護に適さない(狭い・改修不可など) <input type="checkbox"/> 10、住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11、その他の理由(具体的にご記入ください) ()
入所希望時	早急 ・ 平成 年 月以降 申込予定: 貴施設のみ ・ 他にも申し込む ヶ所(予定)
特列入所該当理由(要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目をチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 1、認知症・知的障がい・精神障がい等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2、介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3、介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のために介護が困難であり、かつ、地域での介護 サービスや生活支援が十分ではない

主たる介護者

氏名	年齢 才 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
介護者状況	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 入院・治療中 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 複数介護
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)

同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村にこの申込み内容を情報提供すること及び同目的のために使用されることに同意します。 平成 年 月 日 氏名 印
-----	---

〔必要添付書類〕 ①介護支援専門員等意見書 ②認定調査票(基本調査)(写) ③直近3ヶ月分のサービス利用票(写)及び別表(写) ④介護保険負担割合証(写) ⑤介護保険証(写) ⑥アマリリス調査表