

入 居 申 込 書

申込年月日		令和 年 月 日						
本人	フリガナ			明治・大正・昭和			性別	男・女
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()		
家族・申込者	フリガナ			続柄			備考	
	氏名							
	住所	郵便番号(-)			携帯番号	()		
					電話番号	()		
その他の連絡先	フリガナ			携帯番号	()			
	氏名			電話番号	()			
居宅介護支援事業者	事業所名			事業者番号				
	所在地	郵便番号(-)			電話番号	()		
	フリガナ			備考				
担当者名								
入院・入所先	施設名			施設種別				
	所在地	郵便番号(-)			電話番号	()		
	フリガナ			備考				
担当者名								
他施設の申込状況	施設名1			申込予定・済	(申込時期 年 月頃)			
	施設名2			申込予定・済	(申込時期 年 月頃)			
	施設名3			申込予定・済	(申込時期 年 月頃)			

【説明確認及び同意書】

- ・入居申込から契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居にあたっての注意事項について、説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入居制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入居希望者の状況について確認することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印 (続柄)

施設記入	担当者名			職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()		
	受付番号			受付年月日	令和 年 月 日		
	備考						

介護認定		申請(更新・変更)中・済	被保険者番号		保険者名	
要介護度		1・2・3・4・5	認定の有効期間	年 月 日	～	年 月 日
介護者の状況	該当する番号1つに○ (□内は該当項目にチェック)	1. 身寄りがなく、介護する者がいない		介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
		2. 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)				
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)				
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)				
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。				
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 子どもと同居				
入居者本人の状況	現該当する住居番号及び介護サービスの利用状況 (□内は該当項目にチェック)	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他()				
		2. 病院 (病名:) 入院: 年 月から)				
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回)				
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上)				
		<input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回)				
		<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ___日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護				
特例入居要件の有無		有 (詳細は別紙「特例入居申込書」のとおり) ・ 無				
その他	旭川敬老園独自の項目	認知症の状態		<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり(おもな症状、どんなことでお困りですか?)		
		医療の状況		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他() *その他心身状況(病名、病状、既往歴など)		
		生活状況		*生活状況(家族の協力体制、住環境など)		
		予想される負担限度額段階		<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階		
		入居の希望時期		<input type="checkbox"/> 早期入居希望 <input type="checkbox"/> 将来的に希望		