

ご希望の施設へチェックをお願いします。光市の方は「ひいらぎ」へのお申込みとなります。

申込書(記入例)

○ 本人(申込者)記入欄 (申込者をご記入ください。)

利用を希望する施設	<input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム くすのき苑 <input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム ひいらぎ <input type="checkbox"/> グループホーム さるびあ
-----------	---

申込者連絡先	氏名	フリガナ <b>ヒカリ タロウ</b> 氏名 <b>光 太郎</b>	続柄	<b>長男</b>	申込日	○年○月○日	
	住所	〒 743 - 0001 <b>光市○○○…○丁目○番○号</b>				処理状況	受付日
	電話番号	自宅 0834 ( × × ) × × × × 携帯 090 ( × × × × ) × × × ×					

施設の担当者が記入します。

入居希望者	フリガナ	<b>ヒカリ ハナコ</b>	性別	男 ・ <b>女</b>
	氏名	<b>光 花子</b>	住民登録	<b>周南 ・ 光 市</b>
	現住所	〒 743 - 0001 <b>光市○○○…○丁目○番○号</b>		
	生年月日	<b>明(大) 昭 10 年 4 月 1 日 ( 93 歳)</b>		

○ 施設記入欄 (担当者が面接時に確認しながら記入します。)

ご本人の状況	介護保険	保険者		
		被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護6 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
	健康保険	種別	記号・番号	
	年金等	種別		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名 ) (判定 級(度) 年 月 日)		
	在宅介護の状況・現在利用している居宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 在宅介護 ( 年 月から)		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護		回/月 [ ]
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		回/月 [ ]
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		回/月 [ ]
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション			回/月 [ ]	
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導			回/月 [ ]	
<input type="checkbox"/> 通所介護			回/月 [ ]	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション			回/月 [ ]	
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護			回/月 [ ]	
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		回/月 [ ]		
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

これより下欄は、担当者が申込者のお話をうかがいながら記入します。最後のページまでお進みください

ご本人の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 施設介護（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 施設名又は病院名 _____ 入所（居）又は入院期間 _____年 月 日 ～ （ 年 カ月）		
	身体機能・生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （食事の種類： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー）	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （おむつの使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ）	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり）	
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	
	障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC		
認知症・精神症状	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクII a <input type="checkbox"/> ランクII b <input type="checkbox"/> ランクIII a <input type="checkbox"/> ランクIII b <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM		
	精神症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）処置 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 受診している医療機関 _____ 主治医 _____ 既往・現症等 _____ _____ _____			
	特記事項			
ご本人の意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

生活環境・介護力等の状況	生活環境	<input type="checkbox"/> 家屋の構造上在宅介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 居住できる家屋等がない。			
	家族等の介護力	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者が、入院中、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離に居住しており、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、本人に十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者の心身の疲労が著しく強く十分な介護ができない。			
	主な介護者の状況	(フリガナ) 氏名		性 男 別 女	生年 明・大・昭 月日 年 月 日
		本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所： _____ 電話： _____			
	他の親族・援助者等の状況	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし			
その他	その他の申込理由	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所（居）を求められているが、在宅での介護は困難。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当法人内の施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる ( )			
	介護支援事業所の利用状況	事業所名：	電話： ( )		
		担当居宅介護支援専門員：			

要介護1又は2の方のみ記入	特例入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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等が頻繁に見られる <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		
	具体的な状況	居宅において日常生活を営むことが困難な事由		

備考	その他優先的な入居の判断において、特に考慮する必要がある事項
----	--------------------------------

○ 申込内容・説明事項確認欄

私は、入居の申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ入居の対象となることについて、施設から説明を受けました。

なお、入居待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合・要介護度や連絡先・介護者等に変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 光 太郎

内容をご確認の上、ご署名をお願いします。(押印の必要はありません)

○ 個人情報提供同意欄

申込施設の入居判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所・介護保険施設・主治医・保険者・民生児童委員に対し、居宅介護サービスの利用状況・本人の状況・生活環境・介護力等の個人情報の提供を求める、また、個人情報を提供することに同意します。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 光 太郎

注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。

2 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。

3 記入された内容について、保険者及び山口県以外の第三者に提供する場合は、予め同意を得た上で行います。