

特別養護老人ホーム古新田げんき 入所利用申込書

通しNo.

平成 年 月 日

〒701-0203

岡山市南区古新田796-1

TEL 086-250-8866 FAX 086-250-8846

\* 下記に必要事項をご記入の上、郵送または施設窓口にてお申し込みください。  
その際、介護保険証(コピー)も添付してください。

本人	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女
	氏名				早期入所希望	有・無
	住所	郵便番号( - )		電話番号		
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	郵便番号( - )		電話番号		
居宅介護支援事業者	事業所名					
	所在地	郵便番号( - )		電話番号		
	フリガナ 担当者名		備考			
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 担当者名		備考			
他申込施設の状況	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】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・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。
- ・入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所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所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会する事、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印 (続柄 )

施設記入	受付者名		受付年月日	平成 年 月 日
	受付番号		備考	

介護認定		申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	
要介護度		1・2・3・4・5		認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない ( □ 介護者が長期入院・入所 □ 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 □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 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 □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 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。			
		※ 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。			
利用希望者(本人)の状況	現在(□内は該当項目にチェック) 該当する住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他( ) 2. 病院 (病名: 入院: 平成 年 月から) 3. 在宅 □ 自宅で単身 □ 高齢者のみの世帯 □ 家族と暮らしている(□同居 □近隣) □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 夜間対応型訪問介護 □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 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) □ (混合型)小規模多機能型居宅介護			
		食事 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 排泄 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 入浴 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 移乗・移動 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 酸素療法 □ 気管切開 □ 褥瘡 □ 透析 □ インシュリン □ カテーテル □ 経管栄養(□鼻腔 □胃瘻) □ その他( ) [現在治療中の傷病] 主治医 [医療機関] [担当医]			
その他	介護保険負担限度額認定証の有無 □ 有り(第 段階) □ 非該当 □ 未確認		介護保険負担割合証 □ 1割 □ 2割 □ 3割		
	□ 住環境が介護に適さない □ 退院後、在宅生活が困難 □ 併設短期利用経験者				