

特別養護老人ホーム まえさと茶寿苑 入所申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日 *施設記入欄	令和 年 月 日

(フリガナ)		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳
氏名				
現住所	〒			
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 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日			
現在利用しているサービス				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしである <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入っている 施設名または病院名 : _____ 入所または入院時期 : 年 月 から 入所・入院している			
入所を希望される主な理由	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 介護をする者が「高齢」「障害」「疾病」等により介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である <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為 <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"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【現在治療中の病気・特記事項など】				
居宅介護支援事業所		担当者		

申込に来られた方（今後、状況確認等を行う際にご連絡をさせて頂く方）

(フリガナ)		男・女	生年月日	大・昭・平
氏名				年 月 日
住所	〒			
連絡先		入所希望者 との続柄		

【要介護 1、2 の入所申込みの方へ】

要介護 1 又は 2 の方が、特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営む事が困難な事について、やむを得ない事由があると認められる事が必要です。下記の項目に該当することがあればチェックをして下さい。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を來すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障がい、精神障がい等を伴い日常生活に支障を來すような症状、行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 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。
- 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。
- 上記項目には該当しない

【上記項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況をご記入下さい】

【必ずお読みください】

同意確認欄	入所申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します
	入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合に入所申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
	入所申込から 2 年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申込みを無効とすることに同意します。
入所希望者氏名 _____ 印	
申込者氏名 _____ 印	