

地域密着型特別養護老人ホームきみどり 入所申込書

社会福祉法人みどり会

申込日	年 月 日		
※施設記入欄			
受付日	年 月 日	辞退・取消日	年 月 日
受付者		辞退・取消の事由	

地域密着型特別養護老人ホームきみどりに入所したいので、次のとおり申し込みます

入所希望者	要介護度	※1・※2	3・4・5	介護保険被保険者番号																
	※要介護度1・2の方の申込みについては、別項の「要件」「具体的な状況」を必ず明記して下さい。																			
	負担限度額認定	1段階・2段階・3段階・4段階 (ご不明な場合は厚木市介護福祉部へお問い合わせください)																		
	フリガナ											性別	男・女							
	氏名											生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日							
現住所	〒 -																			
	【電話番号】 自宅: () 携帯:																			

主たる介護者	フリガナ											性別	男・女							
	氏名											生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日							
	現住所	〒 -																		
		【電話番号】 自宅: () 携帯:																		
入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																			
	<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"/> その他 ()																			

※主たる介護者と申込者が異なる場合のみご記入下さい。

申込者	フリガナ																	
	氏名																	
	住所	〒 -																
		【電話番号】 自宅: () 携帯:																
入所希望者との関係:																		

担当介護支援専門員等	氏名		連絡先	
	事業所名			

独居世帯 高齢者のみの世帯 家族同居世帯

家族状況	氏名	続柄	年齢	同居の有無	住所・連絡先

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい		
	<input type="checkbox"/> 介護状況(困っていること等)	の入 意所 思希 確望 認者	<input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 本人は申し込んでいることを知らされていない <input type="checkbox"/> 本人に説明したが理解できない

【要介護1・2の方の申込みについて】

平成27年4月以降、新たに特別養護老人ホームに入所される方は、原則要介護3以上の方に限定されます。要介護1・2の方については、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難と認められる場合に限られますので、要介護1・2の方は下記欄に記入をお願いします。

要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、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、同居家族が高齢または病弱である等により、家族等に支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難である。

具体的な状況

- 上記入所希望者について、この入所申込書により入所を希望します。また次の項目について同意します。
- ・申込施設が担当介護支援専門員等から入所判定に必要な入所申込者等の状況情報を受けること
 - ・入所希望者の状況について申込施設から担当介護支援専門員等並びに、行政機関(保険者等)にこの申込書の内容を必要に応じて情報照会すること
 - ・今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者等)に報告すること
 - ・入所時期に関しては申込施設の入所基準によること
 - ・入所待機中に、本申込施設以外の施設に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は速やかに申込施設に連絡すること
 - ・入所待機中に申し込み施設が提供を受けた長期入所に係る個人情報、複数の施設に申し込まれている場合に限り当該施設間において情報の共有を行うこと

平成 年 月 日

本人又は申込者の氏名 (印)