

指定介護老人福祉施設 入居申込書

指定介護老人福祉施設 しの渚苑
施設長 殿

希望居室 本館多床室 ユニット型個室

申込日 令和 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏名
	住所
	自宅TEL 携帯TEL

特記事項(施設が記入)

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男	保険者	
	女	保険番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住所	TEL()	担当ケアマネ	事業所名 担当者 TEL —
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 令和 年 月から入院)		
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)		
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医)		
申込みの希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設()() ・これから申込む施設()()		

主に介護している人について

※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	<u>介護で困っていること</u>		

※ 裏面にも記入してください。

入居を希望する人が要介護1又は2の場合には下記の事由の有無について

自宅で日常生活を営むことが困難な理由	<input type="checkbox"/> 認知症であって、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ため <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ため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難であるため <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が十分に受けられないため
該当する事由の具体的な内容	できるだけ詳しく記入して下さい(別紙でもかまいません)

※ すべての申込者が記入して下さい。

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名 ㊟
-----	--

※ 申込みの際には、被保険者証の(写し)、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。
 ※ 提出から2年間に限り有効です。引き続き入居を希望される方は、期限が到来する前に、再度お申し込みください。

入居申込みにおける確認事項

◎ 該当する箇所には○をつけて下さい。

番号	質問事項	はい	いいえ
1	(担当ケアマネがいる場合)ケアマネにこの申込みについて話されましたか？(担当者より心身の状況等をお尋ねする場合があります。)		
2	申込みに際して、ご本人は理解されましたか？		
3	申込みに際して、ご親戚などは理解されましたか？		
4	利用料等について理解されましたか？		
5	入居順番の決定方法について理解されましたか？		
6	現在の生活継続は困難で、一刻も早い入所を希望されますか？		
7	ご本人の状態(要介護度、医療の必要性、他施設入居、死亡など)が変わられた場合はご連絡いただけますか？		
8	入院中などの特別な事情以外で入所を辞退される場合がありますか？		
9	入居後の生活について理解されましたか？		
10	当苑が取り組む「自立支援」「尊厳の維持」についてご理解いただけますか。		
11	入居が決まっても、病状等により入所できない場合があることを理解されましたか？		
12	定期的に入居意思等について確認させていただいてもよろしいですか？		
13	入居決定後は1週間以内に入所できますか？		
14	入居後もご本人との関わりは維持していただけますか。		
15	入居決定のご連絡はどなたにしますか？(携帯電話を所有している場合は携帯番号)	氏名	続柄
		電話番号	

質問に答えた方の氏名

※ 添付資料が提出できない場合は、提出される予定をお教え下さい。提出後に正式受理とさせていただきます。