

入居申込書

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | 申込日 令和 年 月 日 | 受付日 令和 年 月 日 |
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | 電話： |
| 認定期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 | 被保険者番号 | |
| 介護保険負担限度額 | <input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階 <input type="checkbox"/> 第四段階 | 介護度 | 要介護 <input type="checkbox"/> 区分変更中 |
| 希望施設及び住所のある市町村名 | <input type="checkbox"/> 里山の家 木島平 【 <input type="checkbox"/> 木島平村 <input type="checkbox"/> その他 () 】 <small>※地域密着型の施設になりますので、木島平村以外の市町村の場合は、ご相談ください。</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> 高社の家 【 市町村名 () 】 | 居室希望 | <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 |
| 健康保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 年金の種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 担当のケアマネージャー | (事業所名) 電話： | 担当者 | |
| 該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の方は必ずチェック) | <input type="checkbox"/> 認知症がある者であり、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。 | 入所を希望とする理由 (該当する事項をチェックし、詳細はその他欄又は裏面の特記事項に記入して下さい) | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため |
| | <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、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が頻繁に見られる。 | | <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、傷病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため |
| | <input type="checkbox"/> 家族等により深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 | | <input type="checkbox"/> 介護者が不在をなる時間があり不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており経済的負担が大きいため |
| | <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の供給が不十分である。 | | <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院や老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難なため 令和 年 月 頃退院・退所予定 |
| 現在使っている介護サービス | <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月or週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月or週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月or週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月or週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (月or週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス (月or週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ (月or週 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () | | |
| | 【地域支援事業】 () | | |
| | その他 () | | |

※ 裏面への御記入もお願いします。

| | | | | | | | | |
|----------------------|------|---|----|-------|--------|-------|---|--|
| 申込者 | ふりがな | | | | | 性別 | 入居希望者との関係 | |
| | 氏名 | | | | | | <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 () | |
| | 住所 | 〒 | | | | | 電話： 携帯： | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | | | 年 月 日 | 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度 | |
| 主介護者 | ふりがな | | | | | 性別 | 入居希望者との関係 | |
| | 氏名 | | | | | | <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 () | |
| | 住所 | 〒 | | | | | 電話： 携帯： | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | | | 年 月 日 | 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (介護度) | |
| 家族状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居の有無 | 職業・勤務先 | 家族図 | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 特記事項 (何でもご記入ください) | | | | | | | | |

※別紙 「情報提供票」と一緒にお申し込みをお願いします

| | |
|-------------|---|
| 個人情報に関する同意欄 | 申し込みにあたり、関係機関等から必要な情報を求められた場合、個人や家族の個人情報を 用いることに同意します。 |
| | 令和 年 月 日 |
| | 入居者氏名： 申込者氏名： |