

入所申込書

社会福祉法人 恵神会 殿

施設入所を希望しますので、関係書類を添付して申し込みます。 令和 年 月 日

◎下記の入所希望施設にチェックをつけて下さい。(複数記入可)

【注意】
特別養護老人ホーム神庭荘、特別養護老人ホーム高瀬Ⅱの2施設は、市外、県外の方も入所できます。
他の施設は、真庭市に住所がある方のみが入所対象となります。

勝山地域 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム神庭荘 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム神庭荘Ⅱ <input type="checkbox"/> グループホーム神庭荘	久世地域 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム高瀬 <input type="checkbox"/> グループホーム高瀬 <input type="checkbox"/> ケアハウス高瀬	【高瀬ヒルサイドテラス】 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム高瀬 <input type="checkbox"/> ケアハウス高瀬Ⅱ	【ラ・ストーリー・ケイズ】 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム高瀬Ⅱ <input type="checkbox"/> ケアハウス高瀬Ⅱ
--	--	---	---

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生(歳)
現住所	〒 -	電話	() -

被保険者番号		保険者名	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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		
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
健康保険		年金	
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(訪問 回/月・通所 回/月・宿泊 回/月) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(訪問 回/月・通所 回/月・宿泊 回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目) (前月の介護保険利用実績 単位) (直近3カ月の平均 単位)		
現況及び医療の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所・入院中(施設・病院名) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() (現在治療中の傷病名/過去に患ったことがある傷病名)		
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が、地理的に離れている若しくは長期入院中等により事実上介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有する等十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、要支援状態、高齢等の状況により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っている等十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、就労しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去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基準支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他()		

他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込中(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む) 既に申し込んでいるほかの施設名()()() 今後申し込む予定の施設名()()()		
入所申込に関わる連絡先	ふりがな		性別 生年月日
	氏名		男・女 大・昭・平 年 月 日(歳)
	住所		
	自宅電話		携帯電話
入所希望者との続柄		同居・別居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
主たる介護者の身元引受人状況	※上記と同じ方の場合右の“□”にチェックを入れて下さい。(上記と同じである: □) 上記と同じの方はこちらの状況者欄は無記入でかまいません、次の“家族等の状況”から記入をお願いします。		
	ふりがな		性別 生年月日
	氏名		男・女 大・昭・平 年 月 日(歳)
	住所		
電話番号		入所希望者との続柄	同居・別居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
家族等の状況	氏名	続柄	年齢 住所
本人と介護者の現在の具体的な状況についてご記入ください			
説明・確認欄	私は、次の事項について説明を受けました。 ・入所申込から入所契約までに必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について ・入所待機者の入所待機順位決定方法について ・入所待機順位の見直しについて ・施設の待機状況等 申込者署名		

《添付書類》
介護保険証(コピー)
医療保険証(コピー)
その他(減額証等)

《お願い》
入所申込者が施設へ入所、又その他の理由による入所申込の取り下げをされる場合は必ず入所申込先施設までご連絡をお願い致します。

登録申込書

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護 高瀬
 管理者 西尾俊紀 殿

小規模多機能型居宅介護 高瀬の利用を希望しますので、関係書類を添付して申し込みます。

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)
現住所	郵便番号	〒 () - ()
	電話番号	() - ()
被保険者番号	保険者名	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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	
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称	担当者
健康保険	種類	
年金	種類	
居宅サービスの利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(訪問 回/月・通所 回/月・宿泊 回/月) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(訪問 回/月・通所 回/月・宿泊 回/月)	
	(前月の介護保険利用実績 単位) (直近3カ月の平均 単位)	
	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所・入院中(施設・病院名)	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()	
	[現在治療中の傷病名/過去に患ったことがある傷病名]	
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が、地理的に離れている若しくは長期入院中等により事実上介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有する等十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、要支援状態、高齢等の状況により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っている等十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、就労しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去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基準支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込中(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)	
	既に申し込んでいるほかの施設名()() () ()	
	今後申し込む予定の施設名()() () ()	

主たる介護者 (身元引受人) の状況	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
	住所		
	電話		要介護認定の有無 有・無
同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		要介護状態区分
	続柄	<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	
	氏名	続柄	年齢
家族等の状況	備考		
本人と介護者の現在の具体的な状況についてご記入ください			
説明・確認欄 申込者署名	私は、次の事項について担当者より説明を受けました。 ・入所申込から入所契約までに必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について ・入所待機者の入所待機順位決定方法について ・入所待機順位の見直しについて 令和 年 月 日 申込者住所 申込者署名 ⑩ 本人との続柄() 電話番号		

添付書類
 後期高齢者医療被保険者証(コピー)
 介護保険被保険者証(コピー)
 介護保険負担割合証(コピー)

社会福祉法人 恵神会
 R6.5.1