

(地域特養 01-0)

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 入居申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

申込者（連絡先）

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

〒	—
住所：	
ふりがな	
氏名：	続柄（ ）
電話：	（ ）

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の 状況	申込先 (入居希望施設)	ユニット型地域密着型 介護老人福祉施設 紅華の森	保険者		
	(フリガナ)		被保険者 番号		
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳
	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			
	認知症日常 生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している ○居宅支援事業所(事業所名 担当者) <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院等へ入っている [施設や病院等に入っている方は] 記入して下さい。 ○施設名または病院名： ○所在地 () ○入所又は入院期間：平成 年 月から入所・入院している			
	入居を 希望する 理由 (該当する ものすべて を選んで 下さい。)	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護するものが「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"/> 介護者の身体面・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居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"/> その他 ()			
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい			
	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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設も申込む予定。				

※氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載して下さい。

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 紅華の森

主たる介護者の状況	(ふりがな)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:)			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】			

【要介護1、2の入居申込みの方へ】

要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入居するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。下記の項目に該当することがあれば、をしてください。

認知症である者であって、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が頻繁に見られる。

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・安心に確保が困難である。

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。

その他 【本人入居申込書に記載した事項あるいは記載事項にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください】

●申込者本人以外の者が上記を記載した場合は氏名の記入をお願いします。

(ふりがな) 氏名		本人との関係	
--------------	--	--------	--

同意確認欄	<p>入居申込み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。</p> <p>入居要件の判定や入居の必要性に高さを判断するために必要がある場合には、入居申込み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。</p> <p>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、施設が入居希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。</p>
	<p>入居希望者氏名 _____ 印 _____</p>
	<p>申込者氏名 _____ 印 _____</p>

お願い 入居希望者に要介護度や家族等の介護の状況など、本入居申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。