入所申込書

総合ケアサービスセンターかつた 地域密着型介護老人福祉施設

申込提出日 年 月 日

入j	<u></u>	者											1									
フ!	リガナ							保	険者	育(下	 打町木	寸名)										
ıτ.	ħ							被	保	険	者看	番 号										
氏	名							要	í	介	護	度		要	介護		1	2	3	4	5	
性	別			男	\$	Ţ.									4	年			月			E
生生	年月日	明	· 大	• 昭	年	月	F	認	定	有	効 其	期間			4	年		5	月			F
現	住所	₹										電記	[番-	믉			(,)		
現る	在居る		自宅									HEITH	1 H	<i>'</i> J						,		
	ところ		□ 入院·入所先 施設名								施設種別											
1/8/	家族•	氏	名				緑杯	Ē		生生月		• 昭	• 平		令		年		月		ı	Ħ
盽	1込者	住	所	₹			 !					電記携帯					()		
	つ他 わりの	氏名	1			続柄			氏名	<u> </u>				-		弁	売杯	ĵ				
,		氏名	1			続柄			氏名	Ż I						弁	売杯	ĵ				
	2介護支 事業者	事業	美所名			担	当者名	7 □				電記	番	号			()		
介護の状況)	2. 介護する者がいない(□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □要介護状態 □病気療養中 □障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □要支援状態・高齢 □就労している □他にも介護している □育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 *上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。)							
入所者本人の状況	現在の住居及び介護サービスの利用状態当する番号1つに〇(□内は該当項目にチェック)	2.	施設病院	□ケ□対□そのでは、一分・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	養(□従来) でアハウス ででででででででできます。では、ででででででできます。では、できます。できます。では、できます。では、できます。では、できます。できます。できます。できます。できます。できます。できます。できます。	□認知症設(保護が □ 週4回 □ 助問リハ 応護 訪問リハト 西野 正 一	高齢 ² 施設) 以上) ジリテー 型訪問	者グ/ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	レー) 障害	プホ 者 <i>7</i>	ーム 、所施 	□有 設 介和]週1回 以上 以上	□ 生 □ 生 □ □ □	老人 :活: = = = 週1	大	カーカル	```)		

□ 小規模多機能型居宅介護

□ 複合型サービス

希望の部屋タイプ				
□ 従来型個室の)み希望 🛮 多床質	室のみ希望 🗆 どちらでも。	よい	
入所希望者の状況	(具体的に御記入下	· さい)		
移動 □ 歩行	f可(杖·歩行器·老人	向縮等身体状況や移動・食事 、車)□ 車椅子(普通・リクライニン	グ) □ 離床していない	□その他
, , ,	}で食べれる }でできる	□ いくらか介助が必要□ 一部おむつ	□ 全介助 □ 常におむつ	□ その他□ その他
		守りを要する症状や介護者が		
□ 正常 □ その他 [□ 記憶障害		□ 場所がわからな	
□ なし	□ 経管栄養(経 □ 酸素療法	意を要する事項・医療器具の 鼻・胃ろう等) □ 尿管カラ □ 人工肛門 □ -	テーテル ロ インシュリ	
現在治療中の)傷病名			
生活歴(出生・	学校・職業・結婚・子位	供・趣味・入院・介護サービス利	用等可能な範囲内で御記入	ください)
【説明確認及び同意	書】			
・ 入所申込から契約までの・ 申込書の内容に変化が・ 入所可能の案内があっ・ 入所制度の適正な運用	の必要な手続き、入所順位 あった場合は、施設に連絡 たにもかかわらず、自己都 のため、この申込書及びそ		頁位名簿から削除されることに同意し	ます。
令和	年 月	日 氏名	印(続柄)
施設 受付者氏名		職種	受付年月日	
記入備考				

添付書類 (当申込書に添付必要です)

・介護保険被保険者証 ・薬の説明書 (コピー)

◎入所申込書の記入方法

														記入	下	さい		
								-			>7	-tı.			1			
								人	所	甲	込	書						
													申込み	シ提出目	一 令和	1 年	月	日
			入所	希望	者													
	ſ	_	フリ	ガナ						1	保険す	皆(市田	丁村名)				
入所希望者の情報	J		氏	名						1	被保	険 者	番号					
た記入ください	\leq		17.	П						1	要	介言	蒦 .	变 要	介護	1 2	3 4	5
			性	別		男		女						平成	年		月	日
			生年	月日	明 ・ ブ	大・昭	年	. ,	月	目	認定	有效	期	平成	年	:	月	日
			구타	/÷ ===	₸									1724			/-	
			現 1	住所									電	話番号		()	
			現在ところ	居る	□自宅	· 入所先	施設	5				t/r	设種別	1				
	`	\geq					他段と	Ή		続		生年			_			
ご家族・入所申込者				族•	氏名	3				柄		月日	大	• 昭 • ¤	<u> </u>	年	月	日
の情報を記入下さい	\prec	ĺ	申込者		住 月	デー 〒								話番号		()	
				の他	氏名			続	丙		氏	名	1汚	帯番号		続柄	Γ,	
40 W 4-7-3-3				bりの 〉家族	氏名			続	丙		氏	名				続柄		
担当ケアマネー ジャーがいる場合は	\prec			た護支援 業者	事業所名	\$			担当	者名			電	話番号		()	
記入下さい	,	\geq	<u></u>			<u> </u>	介護する	ድ ትህ አት										
				\sim 1		///'o`\\/ する者が\				期入阝	 完• 入戶	折口	 介護者	か遠方((在住)			
介護の状況1~6				⇒-⊥ ŀ		する者はい												
のうち	ل		介	す該		楮が □												
1つに○を付け、			m l	番項│		する者はい		•						•••••		· (8)		
□がある場合には チェック下さい。			XK	号目 1に		者が 口									D L H	火して (<i>්ත)</i>	
また家族状況などを			1 1	コチト														
記入下さい。				٥ » ر	*上記を	記入し、乳	現在の家族	鉄状況、	介護者	が状	況をご	記入く	්රී ගං					
	Į			ا ت														
	ſ	_	Ð	R.	1. 施設	口持	養(口従来	·型 ㅁ.	ユニット	型)	口老領	• ວາ	護療養	型口	義護			
				£ _		-	アハウス *** 東ル*				-							
			l it	主の			(護・更生) ・の他(巴茲()未記	更加 談)	ш	四古 18	(APTME)	æ u	土冶又报	Rハツス)	
入所者本人の状況			ᄾ	な当は	2. 病院	(病院名	:				入月	完:平成	年	月 /) ¹ 6			
1~3のうち 1つに○を付け	\prec			りす該 ↑る当	3. 在宅		訪問介護(9 2~3	30 0	週1回)				
該当項目にチェック				養番項 サ号目			訪問入浴(訪問看護/			-	シ(ロ	3週2回.	以上	□週1回)			
又は記入下さい			ا ا	1に つチ			定期巡回・			問介護	看護							
			況 3	지디되			夜間対応型 通所介護。			ーショ	か(ロ	3週2回.	以上	□週1回)			
			∗	DOツ N ク			認知症対応								_			
			月 	ž			短期入所的 小規模多標				最近3	か月の利	明用日第	双合計	E	1)		
	Į	_		묘		<u> </u>	複合型サ-	-E.Z										

希望の部屋タイプを	希望の部屋タイプ
チェック下さい	- □ 従来型個室のみ希望 □ 多床室のみ希望 □ どちらでもよい
	_
	入所希望者の状況(具体的に御記入下さい)
	1 身体の状況について (麻痺や拘縮等身体状況や移動・食事・排泄等の介護を要する状況)移動 □ 歩行可(杖・歩行器・老人車) □ 車椅子(普通・リッライニング)□ 離床していない □ その他
身体状況について	食事 □ 自分で食べれる □ いくらか介助が必要 □ 全介助 □ その他
該当箇所にチェック	排泄 □ 自分でできる □ 一部おむつ □ 常におむつ □ その他
し、その他の部分に 詳しい身体状況を	その他
記入ください	- 2 認知症等について (介護や見守9を要する症状や介護者が困っている言動)
認知症などについて	□ 正常 □ 記憶障害 □ 日時がわからない □ 場所がわからない
該当箇所にチェックし、	□その他
内容を記入ください	- 3 医療の状況について (特に注意を要する事項・医療器具の使用など介護や看護を要する疾患等)
医療の出物について	□ なし□ 経管栄養(経鼻・胃ろ)等)□ 尿管カテーテル□ インシュリン注射
医療の状況について、 該当箇所にチェックを	□ 気管切開 □ 酸素療法 □ 人工肛門 □ その他()
し、現在治療中の病気	現在治療中の傷病名
や過去に大きな病気を された事がある場合に	
は空欄に記入ください	
分かる範囲で、生活	
歴を、記入ください	
	【説明確認及び同意書】
	入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
	申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。入所可能の案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
内容をご確認の上	 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。
署名捺印願います	 ■ 肥設が店も打護文・接手来省・ヘ人が市室省の小人がについて賃益必9 ることに可思しよ9。
	令和 年 月 日 氏名 印 (続柄)
	以在 中 (mth)
	施設 受付者氏名 職種 受付年月日
	記入備考
	<u> </u>
介護保険証及びく服	_ 添付書類 (当申込書に添付必要です)
薬している薬の説明 書ののコピーを必ず	・介護保険被保険者証 ・薬の説明書 (コピー)
音ののコピーを必り <u></u> 添付下さい	
↓ 1 配由に1 2.2%	3 前中に3.4 条切字の状態/ 亜介護度 自体状況の恋化 足前の恋菌

* 入所申し込み後、入所申し込み希望者の状態(要介護度、身体状況の変化、居所の変更申し込み取り下げ希望など)がありましたら必ずご連絡ください。 ©ご不明な点がございましたら下記の連絡先までご連絡ください。

総合ケアサービスセンターかつた TEL0868-77-7111 担当職種:生活相談員

*記入がない箇所がある場合、申込が完了しない場合がありますのでご注意ください。