

# 和 福祉会（庄の里本館・新館・なごやか） 入居申込書

ふりがな	申込日	令和	年	月	日
申込者氏名	入所者とのご関係				
連絡先	〒	電 話 ( )	—		
		携帯電話 ( )	—		

ふりがな	性 別	生年月日	大正・昭和
入居希望者氏名	男・女	年	月 日生 ( 才 )
住所	〒	電 話 ( )	—
		携帯電話 ( )	—

介護度区分	未申請・申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5
-------	-------------------------------------

保険者名	被保険者番号										
------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

負担限度額認定証の有無	無・有 ( 1・2・3①・3② )	認定期間	平成・令和	年	月	日から
			平成・令和	年	月	日まで

担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (事業所名: ) (担当者氏名: )
-----------	---

現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす (高齢夫婦など ) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (老人保健施設・有料老人ホーム・グループホーム・サービス付き高齢者住宅・その他) (施設名: ) <input type="checkbox"/> 入院中 (医療機関名: ) 時期:平成・令和 年 月頃入院) (病名: ) ※退院、退所後に在宅での介護が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
-------	---

介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2回～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3ヶ月の利用日数合計 _____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス
-------------	---

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者がいない ( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住 ) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がない ( 介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障がいがある ) <input type="checkbox"/> 介護するものはいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない ( 介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児 ) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行なうことが困難である <input type="checkbox"/> 上記に該当しない
--------	---

他施設の申し込み状況	1.施設名 ( ) 申し込み時期 平成・令和 年 月頃 2.施設名 ( ) 申し込み時期 平成・令和 年 月頃
------------	--

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 未定
--------	--

希望居室	<input type="checkbox"/> 庄の里 <input type="checkbox"/> どこでもよい <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム庄の里なごやか
------	---

◎介護上の悩みや困っていることなどをご記入下さい。  
 (例) 認知症による問題行動、在宅サービスの利用が思うようにいかない、介護疲れ、将来の不安等

◎特例入居の要件 \*要介護1又は2の方が入居するためには下記のいずれかに該当することが必要です。  
 該当する項目にチェックしてください。

- 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。
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。
- 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・安心の確保が困難である。
- 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。

## 説明確認及び同意書

・入居申込みから契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居にあたっての注意事項について、施設から確認を受けました。

・申込書の内容に変化があった場合 (要介護度・連絡先の変更等) は、施設に連絡する事について同意します。

・入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した際は、入居順位が未定になる場合・名簿から削除される場合がある事について同意します。

・入居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事に同意します。

・施設職員が入居申込者の状況について事業所 (現在おられる施設・病院等) へ確認の連絡を行う事に同意します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※申込の際には、介護保険証等 (身体障害者手帳も含む) の写しを添付して下さい。

≪施設が記入≫ 受付日 令和 年 月 日

◎介護保険証の添付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	◎緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: )
-----------	---	------	--

受付担当氏名	受付方法	来訪・郵送・CMより・その他 ( )
--------	------	--------------------