

施設入所申し込み書

申込日 平成 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	特記事項(施設が記入)
	氏名	
	住所	
	電話(市外)	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当する所に記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな		男	保険者	
氏名		女	被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(才)		要介護度	1・2・3・4・5・申請中・区分変更中
住所				
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名:) 時期:平成 年 月から)			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない(1人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) 認知症の程度(日常生活自立度 : I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など(主治医:) (歯科医:)			
申込みの希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 木村グループ(豊楽園・ナイスケア木村・ウエルネス木村・渦池野・コンフォガーデン木村)に申し込む ・既に申し込み済み施設() () ・これから申し込む施設() ()			

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでも、この欄に再度記入して下さい。

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

入所を希望する人が要介護1又は要介護2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

<p>特例入所の要件に該当する事由の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>	<p><input type="checkbox"/> 認知症であって、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等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 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等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><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が十分に受けられない</p>
<p>該当する事由の具体的な内容</p>	<p><u>出来るだけ詳しく記入して下さい。</u></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

※ 全ての申し込み者が記入して下さい。

<p>同意書</p>	<p>福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 氏 名 印</p>
------------	--

※ 申し込みの際には、介護保険被保険者証の写しと直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。
※ 申し込み後に他の施設に入所するなどして申し込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡して下さい。