

入居申込書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

特別養護老人ホーム天神の杜・第二天神の杜 施設長宛

| | | | | | | | | | | |
|---------------|------|-----|----|--------|------|----------|----|---|---|-----|
| ① 入居希望ご本人様 | ふりがな | | 性別 | いずれか○印 | 生年月日 | ↓ いずれか○印 | 明治 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | 男・女 | | | 大正 | | | () |
| | 住所 | 〒 - | | | 電話番号 | - - | | | | |

入居希望ご本人様が入居申込者の場合、住所・電話番号の記入は不要

入居申込書類の記載内容に間違いはございません。

| | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|---|---|------|-----|---|--------------|
| ② 入居申込者 | 記入日 | 年 | 月 | 日 | ふりがな | 氏名 | Ⓜ | 入居希望ご本人様との続柄 |
| | 住所 | 〒 - | | | 電話番号 | - - | | |

入居申込者が問い合わせ先の場合、③の記入は不要

| | | | | |
|-------------|------|-----|----|--------------|
| ③ 問い合わせ先 | ふりがな | | 氏名 | 入居希望ご本人様との続柄 |
| | 住所 | 〒 - | | 電話番号 |

ここからは、入居希望ご本人様に関するご質問となります。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--------|----|-----|----|---|--|--|--|---|--|--|--|
| ④ 保険関係 | 介護保険認定の有効期間 | 年 | | | | 月 | | | | 日 | | | | ～ | | | | 年 | | | | 月 | | | | 日 | | | |
| | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | ↓ 該当するものに○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険者番号 | | | | | | | | | | | | | 要介護度 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |
| | 介護保険負担割合証 | 1割 | | | | 2割 | | | | 3割 | | | | 認知症度 | | | | I | II | III | IV | M | | | | | | | |
| | 介護保険負担限度額認定証 | 食費 300円 | | | | 食費 390円 | | | | 食費 650円 | | | | 食費 1360円 | | | | 持っていない | | | | | | | | | | | |
| | 生活保護 | あり | | | | なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の減免証 | () | | | | | | | | | | | | 持っていない | | | | | | | | | | | | | | | |

| ⑤ 現在の状況 | <p>・ 居宅(在宅)におられる方</p> <p>ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。 7の「その他」に○をされた方は、()内に生活状況を書いてください。</p> <p>1 独居 2 昼間(日中)独居 3 常時同居者がいる 4 ケアハウス 5 高齢者専用賃貸住宅 6 (介護なし)有料老人ホーム 7 その他()</p> | | | | | | | | | |
|------------|---|-----------|-----|--|---------------|--|---------------|--|---------------|--|
| | <p>・ 施設もしくは病院におられる方</p> <p>ア ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。 1 施設に入所中 2 病院に入院中 3 その他() (「施設」：特別養護老人ホーム・(介護付き)有料老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設)</p> <p>イ 記入日までの1年間に利用された、施設・医療機関名称とその期間を書いてください。 (ショートステイは含みません)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">施設・医療機関名称</th> <th style="width: 60%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> | 施設・医療機関名称 | 期 間 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 施設・医療機関名称 | 期 間 | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |

ここからは、ご家族様に関するご質問となります。

中心的に介護しておられる方(主たる介護者)に「◎」印、
主たる介護者を補助しておられる方(従たる介護者)には「○」印を、「介護」欄に記入してください。

| ⑨ 同居のご家族様 | 氏名(ふりがな) | | 年齢 | ご本人様との続柄 | 職業 | 介護 | |
|--------------|----------|--|----|----------|----|----|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| ⑩ 同居以外のご家族様 | 氏名(ふりがな) | 続柄 | 職業 | 住所 | 電話番号 | 介護 |
|----------------|----------|----|----|-----|------|----|
| | | | | 〒 - | - - | |
| | | | | 〒 - | - - | |
| | | | | 〒 - | - - | |
| | | | | 〒 - | - - | |
| | | | | 〒 - | - - | |
| | | | | 〒 - | - - | |

| | |
|-----------------|---|
| ⑪ ご家族様の介護の状況 | <p>・ 主たる介護者がおられる方</p> <p>ア 主たる介護者がされている介護に○をつけてください。 該当する項目がない場合は、()内に介護内容を記入してください。</p> <p>1 食事介助 2 オムツ交換 3 更衣介助 4 入浴介助 5 掃除 6 調理 7 洗濯 8 買い物 9 その他()</p> <p>イ 主たる介護者に介護困難なご事情がある場合は、該当するものに○をつけてください。 該当するものがなければ、()内に記入してください。</p> <p>1 病気 2 障がいを持っている 3 ご本人様以外を介護している 4 育児 5 その他()</p> <p>・ 施設もしくは病院におられる方</p> <p>面会を中心的にされている方について記入してください。</p> <p>ご本人様との続柄 () 面会の頻度 () 面会時にされていること () 他に面会に行かれる方のご本人様との続柄 ()</p> |
|-----------------|---|

| | | | |
|------------|---|--------|---------|
| ⑫ ご記入事項 | 入居申込書全般に関して、質問内容でご記入できなかったこと、質問以外の内容等があればお書きください。 | | |
| | 希望施設に○をつけてください | | |
| | 天神の杜 | 第二天神の杜 | どちらでもいい |

ご協力ありがとうございました。添付資料とともにご提出ください。

【 添付資料 】

- ①サービス利用票別表 (写) ※記入日の前月に居宅サービスを利用された方
- ②介護保険被保険者証 (写)