

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

長野広域連合介護老人福祉施設入所申込書

荘所長 様

申込者氏名

本人から見た続柄 ()

住 所

電話番号 ()

入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	郵便番号 ()	電話番号 ()	()
被保険者番号		保険者名	
要介護認定の状況	<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		
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者
居宅サービスの利用状況等	添付資料による		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日~		
現在の医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () [現在治療中の病名] 有・無 ()		
過去の入所・入院の状況	名称	病名	年 月 日~ 年 月 日
	名称	病名	年 月 日~ 年 月 日
	名称	病名	年 月 日~ 年 月 日
入所を希望する理由(該当する事項の□にすべてレを付けてください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため	該当する在宅での日常生活で困難な事由(要介護1又は2の者は必ず記入)	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため		
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため		
	<input type="checkbox"/> 介護者が育児等をしているため		
	<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため		<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が頻繁に見られる。
	<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。
<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい		<input type="checkbox"/> 単身である、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	
<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難であるため(年 月 日頃退院(退所)予定)			
<input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する		

(裏)

入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 (できるだけ具体的に、詳細に記入してください。)	(記入例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。					
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済みの施設名称 () () ()					
他の入所希望施設名称	<input type="checkbox"/> 他の入所希望施設名称 (松寿荘・小布施荘・矢筒荘) () () ()					
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 -		要介護認定の有無	有 ・ 無	
		電話番号 () -		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
本人から見た続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子		<input type="checkbox"/> 子の配偶者	
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹		<input type="checkbox"/> その他 ()			
主たる介護者以外の家族等の状況	氏名	年齢	続柄	同居別居	居住地	備考
	例) ○ ○ △ △	50	子	(同)・別	長野市	
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		

添付書類

- 1 介護保険被保険者証の写し
- 2 別紙、情報提供書
- 3 過去3箇月の介護保険サービス利用実績表の写し
- 4 認定調査票のうち、認知症高齢者の日常生活自立度が記載された部分の写し又は主治医意見書の写し

個人情報に関する同意及び説明確認欄	私は、介護保険者及び居宅介護支援事業者が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。また、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。					
	年	月	日	入居希望者氏名	印	
				申込者氏名	印	