

入所申込書記入例

(表)

申込日		受付日	年 月 日
-----	--	-----	-------

入所申し込みをされる方についてお書きください

〇 荘所長 様

入所を希望する施設名を記入ください

申込者氏名

長 野 太 郎

本人から見た続柄 (夫)

〒 381-0000

入所される方のお名前を記入ください

住 所

長野市緑町1613 ハイツ長野101号

電話番号 (026) 226-4911

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	ナガノ ハナコ	性別	生年月日		
氏名	長野花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 20年 3月 1日 (79歳)		
現住所	郵便番号	380 - 8512	電話番号	(026) 226-4911	
	長野市緑町1613 ハイツ		認定変更等を申請中の方は、現在の状況で記入し、変更決定後に連絡をお願いします。		
被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0				
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 checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間 令和5年12月 1日 ~ 令和6年11月 30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		長野市〇〇〇〇在宅介護支援センター 電話番号 (026) 〇〇〇-〇〇〇〇		
現在の居所	<input checked="" 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 checked="" 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] <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		今までに入所・入院をした施設・病院等を記入してください。		
過去の入所・入院の状況	名称	長野市民病院	病名	脳梗塞	
	名称		病名		
	名称		病名		
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 <input checked="" 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"/> 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"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input checked="" 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)				
	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 checked="" 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"/> 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"/> 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"/> 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
	入所希望時期	<input checked="" 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。 脳梗塞で発病後2年近く経過しているが、後遺症がひどく、訪問介護、訪問看護のほか、デイサービス・ショートステイも利用し、利用限度額のほぼ全額を利用しても、全体として機能低下が進んでいる。 介護者としては、子供2人は東京都と神奈川県在住のため夫のみで、糖尿病のため週に3回通院の必要があり、このまま在宅での生活を続けることが非常に困難である。
	長野広域連合の運営施設に重複して申込みされる場合は、申込書を1箇所へ提出し、他は下欄の「他の入所希望施設名称」欄の希望施設名にマルをしていただければ受け付けとなります。(長野広域連合の運営施設のみ適用)

他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済みの施設名称 (○○○○○ホーム) (××××××園) ()
------------	--

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	ナガノ タロウ	性別	生年月日	
	氏名	長野太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	明・大・昭 17年11月11日 (80歳)	
	住所	〒 - -		要介護認定の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
		電話番号 () -		要介護状態区分	
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			

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	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	長野市	
	長野一郎	55	子	同 <input checked="" type="radio"/> 別	東京都	
	長野葉子	52	子	同 <input checked="" type="radio"/> 別	神奈川県	
				同・別		

添付書類	1と2の添付書類をご用意ください。3と4の書類は、下の同意欄に署名・捺印があれば、施設が市町村から書類を取り寄せることができます。
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、認知症老人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。
	令和5年4月1日 入居希望者氏名 長野花子 <input checked="" type="radio"/> 長野 印 申込者氏名 長野太郎 <input checked="" type="radio"/> 長野 印