

与謝郡福祉会 入所申込書

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
本人氏名					
本人住所	(〒 -) (Tel - -)				
要介護度	<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 <input type="checkbox"/> 申請中				
認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で介護サービスを利用している				
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(院)中 【施設(病院)名 _____】				
担当ケアマネジャー	氏名【 _____ 】事業所名【 _____ 】連絡先【Tel - - _____】				
かかりつけの医療機関					
申 込 予 定	<input type="checkbox"/> 長寿苑(伊根) <input type="checkbox"/> 虹ヶ丘(岩屋) <input type="checkbox"/> 岩滝あじさい苑(岩滝) <input type="checkbox"/> やすら苑(加悦) <input type="checkbox"/> 他(_____)				
※長寿苑・虹ヶ丘・岩滝あじさい苑・やすら苑へご希望の場合、本申込書により受付担当者から各施設へ申込手続きをいたします					

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
申込者氏名					
住 所	(〒 -) (Tel - -) 連絡先【Tel - - _____】				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	<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(_____)				

※ 申込者と主たる介護者が同一人物の場合は、記入不要

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
主たる介護者					
住 所	(〒 -) (Tel - -) 連絡先【Tel - - _____】				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	<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(_____)				

入所申込理由(困っていることなど)

.....

.....

.....

.....

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。また、次の項目について同意します。

- ・入所希望者の状況について申込施設から担当ケアマネジャー並びに市町村担当課に照会すること
- ・入所待機中に、申込施設が提供を受けた入所に係る個人情報、複数の施設に申し込まれている場合に限り、当該施設間において情報の共有を行うこと
- ・入所待機中に本申込施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は、速やかに申込施設に連絡すること

平成 年 月 日

申込者氏名 (印)

受付日	年 月 日	受付番号		担当施設	
辞退・削除等	年 月 日	事由		担当者	

【注意】：要介護1、要介護2での入所申込みの方は裏面も必ずご記入下さい。

裏面⇒

与謝郡福祉会 入所申込書 (裏面)

居宅において日常生活を営むことが困難である理由	
要介護1又は2の方が入所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。ご自身の判断で該当されると思われる項目に印レをつけて下さい。	
<input type="checkbox"/>	認知症であることにより、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、日常生活に支障をきたすような症状・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が疑われること等により安全・安心の確保が困難である
<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せいで期待できない、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない
具体的な状況	