

## 入所申込書(1/2)

申込年月日	平成 27 年 ▲ 月 ▲ 日	保険者名	瀬戸内市
本人	フリガナ	セト ウチヨ	明治・大正・昭和
	氏名	瀬戸 内代	生年月日 3 年 4 月 23 日(87歳) 性別 男・女
	住所	郵便番号(700-0000) 瀬戸内市XX町〇〇123-4	電話番号 0869(26)△△△△
家族・申込者	フリガナ	セト ウチタロウ	
	氏名	瀬戸 内太郎	続柄 長男 備考
	住所	郵便番号(704-0000) 岡山市東区●●町1丁目XX-△	携帯番号 090(9988)△〇×□ 電話番号 0869(942)〇×△□
その他の連絡先	郵便番号( )	電話番号 ( )	
居宅介護 支援事業者	事業所名	在宅介護支援センターXX	事業者番号
	フリガナ	ハヤシダ	
担当者名	林田 ケアマネ	備考	
入院・入所先	施設名	●●病院	施設種別 病院
	フリガナ	モリオカ	
担当者名	森岡	備考	
他施設の 申込状況	施設名1	特別養護老人ホーム◆◆	申込 予定 済 (申込時期 27年 4月頃)
	施設名2	特別養護老人ホーム■	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)

## 【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

平成 27 年 5 月 6 日

氏名 瀬戸 内太郎 印(続柄 長男)

施設記入	担当者名	職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他( )
	受付番号	受付年月日	平成 年 月 日
	備考		

## 入 所 申 込 書 ( 2 / 2 )

介護認定	申請(更新・変更)中・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">済</span>	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
要介護度	1・2・3・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span> ・5	認定の有効期間	平成26年 4 月 1 日 ~ 平成28年 3 月 31 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない ( □ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span> . 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。	
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。  <span style="color: red;">長男夫婦が主に介護をしているが、仕事もあり十分に介護できない。 次男は遠方に住んでおり、介護に関われない。</span>	
入所者本人の状況	(□内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他( )	
		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> . 病院 (病名: <span style="color: red;">右大腿部骨折</span> 入院: 平成27年 3 月から) (入院理由: <span style="color: red;">自宅で転倒し、右足を骨折。</span> )	
その他	その他	<span style="color: red;">昼夜逆転している。暴れることはないが、持ち物の管理はできない。</span>	
医療等の状況	現在の状況	□喀痰吸引 □人工呼吸器 □中心静脈注射 □人工透析 □常時モニター □人工膀胱・肛門 □経腸栄養(経鼻・胃ろう) □褥瘡 □気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン(糖尿病) □アレルギー □尿管カテーテル □在宅酸素 □MRSA □ペースメーカー □疥癬	
	過去の状況	□結核( 年 月頃) □糖尿病( 年 月頃) □高血圧( 年 月頃) [病名: <span style="color: red;">糖 尿 病</span> ](H22年 8 月頃)   [病名: <span style="color: red;">狭 心 症</span> ](H21年 12 月頃) [病名: <span style="color: red;">関 節 リウ マ チ</span> ](H18年 2 月頃)   [病名: <span style="color: red;">ア ル ツ ハ イ マ ー</span> ](H17年 9 月頃)	
	※備考		
以下は、要介護 1 または 2 の方のみお応えください。			
特例入所要件の有無	有(詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり)・無		