

入所申込書兼居宅・施設における介護状況報告書

受付者：

入所申込の際は、すべてご記入下さい。入所の為の待機中に、貴施設以外の入所が決定した場合、又は要介護度や介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設へ連絡致します。

申込施設名					提出日	平成 年 月 日		
被 保 険 者	フリガナ 氏名				性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
	住所	〒					電話	() -
	被保険者番号							
	要介護度	要支援・要介護 ()	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日				
	現在居るところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (入所・入院開始日 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設名 ()						
認知症	有・無	あてはまるものに○を打って下さい 物忘れ・徘徊・異食・失見当・幻覚・幻聴・暴力・暴力行為・その他 ()						
この申 請に 関 する 連 絡 先	フリガナ 氏名				被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (同居・別居) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	住所	〒					電話	自宅・自宅以外 () () - 携帯電話 - -
家 族 の 状 況	フリガナ 氏名				性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
	同居の 区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場 合の住所	〒 - 電話 () -				
	主たる 介護者 との 関係	親子・親族・その他 ()						
	主たる 介護者 の 状 況	◆下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 被保険者は単身で介護者はいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者は3ヶ月以上入院中である <input type="checkbox"/> 主たる介護者も要介護認定を受けている (要支援・要介護) ※要介護度を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が85歳以上で介護保険の認定を受けていない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者は疾病があり、現在療養中である。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が被保険者以外の者も介護している。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠隔地に住んでいる (片道1時間以上かかる) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中 (未就学児) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業中である (週35時間以上) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業中である (週14時間以上)						

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を市町村等へ提供することを同意します。又、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。この申込みは、受付から2年間を有効期限とし、現況届の返送を以って期限更新されることに同意します。

平成 年 月 日 氏名 (印)

【記入例】

受付者：

入所申込の際は、すべてご記入ください。希望施設に丸をつけてください。待機中に、貴施設以外の入所が決定した場合、この申込書と介護状況報告書に基づき、貴施設へ連絡致します。

記入日を記載

申込施設名	喜寿苑 特養・グループホーム		提出日	平成 ○年 ○月 ○日		
被保険者	フリガナ氏名	○○ ○○	性別	男・女	生年月日	M・T・S △年 △月 △日
	住所	〒 豊橋市○○町...			電話	() -
	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6				
	要介護度	要支援 (要介護) (3)	○年 ○月 ○日から 平成 ○年 ○月 ○日			
現在居るところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 (入所・) 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設名 ()					
認知症	(有) ・ 無	あてはまるものに○を打って下さい 物忘れ・徘徊・異食・失見当・幻覚・幻聴・暴力・暴力行為・その他 ()				
この申請に関する連絡先	フリガナ氏名	○○ ▲▲	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (同居・別居) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	住所	〒		電話	自宅・自宅以外 () () - 携帯電話 - -	
家族の状況	主たる介護者	フリガナ氏名	性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
		同居区分	〒 - 電話 () -			
		被保険者との関係	親子・親族・その他 ()			
主たる介護者の状況	◆下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 被保険者は単身で介護者はいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者は3ヶ月以上入院中である <input type="checkbox"/> 主たる介護者も要介護認定を受けている(要支援・要介護) ※要介護度を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が85歳以上で介護保険の認定を受けていない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者は疾病があり、現在療養中である。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が被保険者以外の者も介護している。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠隔地に住んでいる(片道1時間以上かかる) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中(未就学児) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業中である(週35時間以上) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業中である(週14時間以上)					

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を市町村等へ提供することを同意します。又、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。この申込みは、受付から2年間を有効期限とし、現況届の返送を以って期限更新されることに同意します。

平成 年 月 日 氏名 ○○ ▲▲

印

押印をお願いします