

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名	社会福祉法人 ラポール会		
	入所申込施設名	特別養護老人ホーム くみのき苑しらさぎ		
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日: 平成 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人 の 状 況	(フリガナ)		性別	
	氏名		男 女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日
	要介護度	<p>1 . 2 . 3 . 4 . 5</p> <p>↓</p> <p>要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>認知症があり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みられる。</p> <p><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みられる。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/>単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である、若しくは育児、就労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。</p>		
	障害の程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり ( <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳あり ( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 )		
	自宅住所	〒	電話番号	
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている		
		施設・病院の名称	所在地	〒 -
		入所又は入院期間	平成 年 月から ( 年 か月 )	電話番号 ( )
	入所申受理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が育児をしていることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難			

