

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	令和 年 月 日
入所申込受付日	令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム（慈晃園）入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム(慈晃園)

管理者 様

入所申込者 〒 -

住所:

氏名: 印

電話番号: - -

入所希望者との続柄 ()

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入 所 希 望 者 の 状 況					
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満()歳
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
現住所	〒 -				
居住状況	<input type="checkbox"/> 天草市に6ヵ月以上居住している <input type="checkbox"/> 天草市に居住して6ヵ月未満である				
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】				
	名称				
	所在地				
	入所(院)開始年月日	年 月 日から			
保険者名			被保険者番号		
要介護度	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			
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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"/> その他()				

入 所 希 望 者 の 状 況	
入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
その他入 所に関して 特に希望 する事項 (サービス 内容等)	

特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、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見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。</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> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同 意 書
<p>今後の熊本県及び天草市における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び天草市に報告することに同意します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">入所申込者 氏名： 印</div> <div style="text-align: center;">入所希望者 氏名： 印</div> </div>

※ 被保険者証(写)を添付してください。

調査項目	内容																													
退所(院)後の在宅での生活環境の予定	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																												
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																												
退所(院)後の在宅での介護者の状況の予定	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="438 929 1428 1713" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">氏名</th> <th style="width: 30%;">入所希望者との続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 40%;">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>同居の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) </td> </tr> <tr> <td>就労等の状況</td> <td colspan="3">週 回、1日当たり 時間、 に従事</td> </tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td>対応状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td>介護の負担</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 </td> </tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	入所希望者との続柄	年齢	満()歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)			就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事			疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無			対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。			介護者に関する特記事項			
氏名	入所希望者との続柄	年齢	満()歳																											
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																													
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																													
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護者に関する特記事項																														

調査項目	内容																			
退所(院)後の在宅での介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。																			
	【利用する場合の予定】																			
	介護保険の居宅サービス(※)の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="582 365 790 403">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="790 365 1458 403">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="582 403 790 441"></td> <td data-bbox="790 403 1029 441">週・月()回</td> <td data-bbox="1029 403 1458 441">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="582 441 790 479"></td> <td data-bbox="790 441 1029 479">週・月()回</td> <td data-bbox="1029 441 1458 479">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="582 479 790 517"></td> <td data-bbox="790 479 1029 517">週・月()回</td> <td data-bbox="1029 479 1458 517">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="582 517 790 555"></td> <td data-bbox="790 517 1029 555">週・月()回</td> <td data-bbox="1029 517 1458 555">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="582 611 1458 645"> 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定 </td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度			週・月()回	1回当たり()時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定											
	サービス種類	利用頻度																		
		週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
		週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
		週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																		
全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定																				
介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="582 656 790 694">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="790 656 1458 694">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="582 694 790 902"></td> <td colspan="2" data-bbox="790 694 1458 902"></td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度																	
サービス種類	利用頻度																			
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																			
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。																				

調査項目	内 容
その他入所 申込みに関し て特に留意す べき事項	(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)