

入居申込書

申込年月日 平成 年 月 日

ケアハウスあおば 施設長 様

入居希望者(利用者様)

フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳			
氏名			性別	男 ・ 女			
住所	〒 _____ Tel () - _____						
要介護区分	要介護度	1	2	3	4	5	更新申請中・変更申請中
	有効認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
	担当ケアマネジャー名				支援事業所		
	※ 介護保険被保険者証のコピーを添付し申込みして下さい。						
現在の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入居・入院中 ※「施設や病院に入居・入院している」方は、ご記入下さい。						
	施設名又は病院名				市町村		
	入居又は入院時期	平成 年 月 ~ から入居・入院している。					
現在の状態	◇かかりつけ医について						
	医療機関名				担当医師名		
	現病名						
	◇日常生活・認知症について						
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食() <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 非常に困難						
1日の状態	<input type="checkbox"/> 起きている <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 寝ている						
認知症	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (徘徊・昼夜逆転・無気力・暴力・その他())						
入居申込理由	<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"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が困難なため <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居・退院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()						

申込連絡先・申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏名			入居希望者との関係			
住所	〒 _____ Tel () - _____					

上記入居希望者について、この入居申込書によりケアハウスあおばの入居を希望します。

なお、入居の待機中に、貴施設以外に入居した場合、または、要介護度や連絡先等に変更があった場合は、速やかに連絡いたします。

申込予定	貴施設のみ ・ 他にも申し込む(申し込んでいる) 箇所(予定・済み)					
同意書	入居希望者、介護者を円滑に支援するために、登米市等に、この申込み内容を情報提供することを同意します。					
	平成	年	月	日	氏名	印

処理欄	受付年月日	平成	年	月	日	受付者	
-----	-------	----	---	---	---	-----	--

- ※1 「入居希望者(申込者)」は、登米市内にお住まいで年齢60歳以上の要介護1～5に認定された介護を要する方が申込みができます。(地域密着型特定施設入居者介護)
- ※2 「申込年月日」は、申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)
- ※3 「申込者」は、本人又は本人を代理する家族等になります。
- ※4 「要介護度区分」は、被保険者証に記載されている内容を記入して下さい。
更新申請中・変更申請中の場合は、現在の認定結果を記入して下さい。結果が分かり次第施設にご連絡下さい。また、担当ケアマネジャーが不在の場合は、記入しないで下さい。
- ※5 「現在の状況」及び「現在の状態」は、必要事項を記入のうえ、該当するものいずれかにを記入して下さい。
- ※6 「入居申込理由」は、該当するものすべてを記入して下さい。(複数でも可能です)
- ※7 「同意書」は、本制度の運営につきまして、ケアハウスあおばの入居を円滑に進めることを目的として、皆様の申込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応することとしております。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取り扱いに関する法令等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。
- ※8 「受付年月日」は、ケアハウスあおばが受け付けた日になります。