

整理番号_____

受付日：令和 年 月 日

受付者：_____

入 所 申 込 書

社会福祉法人登米福祉会
特別養護老人ホーム 施設長 殿

入所希望者（申込者）

申込年月日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 登米市 電話番号 ()		
介 護 保 険 認 定 状 況	介護保険被保険者番号		
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 更新申請中, 区分変更申請中 特例 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	有効認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
居宅介護支援 事 業 者	<input type="checkbox"/> 有	事 業 所 名	
	<input type="checkbox"/> 無	担当ケアマネージャー	
入所居室希望形態	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも		
他 施 設 の 申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる (施設名) <input type="checkbox"/> 今後申込む予定 (施設名)		

申込み代行者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 登米市 ※連絡可能な時間 () 電話番号 ()		

同意書・確認欄

- ①入所希望者・介護者を円滑に支援するため、登米市及び介護保険サービスの提供に際して、必要な情報に関係する機関又は介護サービス事業者等に、この申込み内容を情報提供することに同意します。
- ②入所の待機中に、貴施設以外に入所した場合、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。

令和 年 月 日

氏 名 _____

入所申込現況調査書

入所希望者氏名		
記入者氏名	(続柄)	
現在の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦・高齢 (65歳以上) 世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老健・グループホーム・宅老等 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 施設又は病院に入っている方 ①所在地 (市町村名のみ) _____ ②施設名また病院名: _____ ③入所または入院期間: 令和 年 月から	
介護者の状況 (お世話している方)	性別 (年齢) : <input type="checkbox"/> 男 () 歳 <input type="checkbox"/> 女 () 歳	
	入所希望者との続柄 : <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	同居・別居の別 : <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 二世帯住居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	就業状況 : <input type="checkbox"/> 就業している (就業先: 時間帯:) <input type="checkbox"/> 就業していない	
医療の状況	①現在の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔) 栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気・特記事項等 ()
	②現在までの主な病気	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 () かかりつけ医師 ()
本人の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 非常に見えにくい <input type="checkbox"/> 補助具 (<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 拡大鏡 <input type="checkbox"/> その他) を使用
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聴こえにくい <input type="checkbox"/> 非常に聴こえにくい <input type="checkbox"/> 補助具 (<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他) を使用
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや発語しにくい <input type="checkbox"/> 非常に発語しにくい
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (<input type="checkbox"/> 自乗 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 大半がベッドで生活

本人の状況 (※は分かる範囲で)	介護保険サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 利用していない					
	住居状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 借家・貸マンション・アパート <input type="checkbox"/> 社宅・寮 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 間借り <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> その他)					
	※経済状況	年金種類	年額 _____ 円				
		恩給等種類	年額 _____ 円				
		その他収入	<input type="checkbox"/> 不動産収入 (_____ 円) <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 (_____ 円) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
※前年の課税状況	利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 本人の年金から <input type="checkbox"/> 家族で一部負担 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
入所希望の理由	<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 (_____)						
	保証人身元引受人	フリガナ		性別	関係(続柄)	入所希望者と	
		氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ (_____ 歳)	職業			
		住所	〒 _____				
	電話番号	携帯番号					
<u>添付書類</u>	<input type="checkbox"/> 介護保険者証 (写) ※申込書提出時に必ず添付願います。 <input type="checkbox"/> 負担割合証 (写) ※同上です。 <input type="checkbox"/> サービス提供票 (写) ※介護保険サービスを利用されている方のみ添付願います。						

