

(様式 1)

□ケアハウス／□特定施設 夕なぎ苑 入居申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

ケアハウス／特定施設 夕なぎ苑
施設長 殿

申込者(連絡先)

住 所	〒 _____		
(フリガナ)	_____		
氏 名	_____	電話番号	() _____

私は、ケアハウス／特定施設 夕なぎ苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	(フリガナ)	_____		性 別	男 ・ 女
	氏 名	_____		住 民 登 録	_____ 市・区・町・村
	現 住 所 (住民票住所)	〒 _____ _____		TEL	_____
	実際にお住まい の 住 所	〒 _____ _____		TEL	_____
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日(歳)			
	医 療 保 険	種 別	1. 国民健康保険 2. 後期高齢者 3. 任意継続	記号・番号	_____
	年 金 等	種 別	年間の国民年金額： _____ 円 年間の厚生年金額： _____ 円 その他の収入： _____ 円		
	経 費 支 払	入居利用等経費について 1. 本人負担 2. 一部本人負担+家族負担 3. 全額家族負担 該当箇所を○で囲んでください。		家族の方が入居利用料を負担される場合は必ず ご記入ください。 住所 氏名 職業 続柄	

	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →手帳の種類_____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	介護保険	被保険者番号	
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <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 (認定期間) _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合))	
		施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村
		入所又は入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～
入居希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に _____ 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 ()内に事業者名を記入してください。		
身体状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類)(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	

家族や住居等の状況	入居を希望する理由 *該当するものをすべて選んでください。		<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢などの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい		
			<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難		
			<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()		
身元引受人	(フリガナ)		性 別	年齢/生年月日	(歳)
	氏 名		男・女	明・大・昭	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所〒 TEL ()			
	入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
	意 見				
家族状況(近親者)	続柄	氏名	住所	電話	職業

その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
	他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	TEL ()
	事業所名			

生活歴	例:〇〇で出生。〇〇学校を卒業。〇〇歳で結婚。など、生活歴をご記入ください。 _____ _____ _____ _____ _____
-----	---

備考	施設への要望又は、記載項目にない事項等々ご自由にお書きください。 _____ _____ _____ _____ _____ _____
----	--

留意事項	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本人申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の施設等に入居、入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	--