

# 住宅型有料老人ホーム和毘茶毘 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

\*住宅型有料老人ホーム和毘茶毘に入居したいので、次のとおり申し込みます。

申込者	(ふりがな)		続柄		電話	
	氏名					
	住所	〒 -				

本人の 状況	(ふりがな)		性別		T ・ S	年	月	日	
	氏名			生年月日					
	住所	〒 -			電話				
	保険者名		介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	保険者番号		要介護認定 有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている <b>「特養などの施設や病院に入っている方」はご記入ください。</b> ◇ 施設名又は病院名： _____ ◇ 所在地 _____ ◇ 入所又は入院期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日から 入所・入院している							
	入居を希望する理由 (該当するものを全て選んでください)	<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"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きくな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"/> 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 ( _____ )							
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <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"/> 認知機能の低下により理解困難							
	介護の期間	年	ヶ月間程度	居宅サービス 利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	申込日前月に 利用中の サービス ( 月分)	訪問介護	回/月	訪問看護	回/月				
		通所介護	回/月	通所リハ	回/月				
		短期入所生活介護	回/月	福祉用具貸与	品目/月				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 早めに(1~2ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 急がない(3~4ヶ月以内)								
利用している 居宅介護 支援事業所				ご担当 ケアマネ名					

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 床ずれ（褥瘡） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> ターミナル			
	かかりつけ医療機関	現在治療中の病名： _____ 【特記事項】 _____			
	他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名    (                      ) (                      ) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名    (                      ) (                      )			

身元引受人の状況①	ふりがな		年 齢	本人との関係	本人との同居の有無
	氏 名		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住 所	〒 -		電話	
	介護するうえで困っている事				
身元引受人の状況①	ふりがな		年 齢	本人との関係	本人との同居の有無
	氏 名		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住 所	〒 -		電話	
	介護するうえで困っている事				

- ※ 「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」の写しを添付してください。
- ※ 介護度の変更や他施設への入所されるなど、状況に変化があった場合は施設へお知らせください。
- ※ 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。