

(様式1)

グループホームきよすみの里 入居申込書

申込日： 年 月 日

グループホームきよすみの里
管理者

様

入居申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護度	支援②・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		電話番号	()
現住所	〒 -			

【必要添付書類】

- ①介護保険被保険者証(写)
- ②入居希望調査票

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名		入居申込者との続柄	
住所	〒 - 電話番号 ()		

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。

なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急 ・ 年 月以降 申込予定： 貴施設のみ ・ 他にも申込む か所(予定)				
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“ <input checked="" type="checkbox"/> ”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： <input type="checkbox"/> 入居又は入院時期： 年 月 日から入居・入院している。				
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 1 施設入居により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい)				
主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名		男・女		電話番号 ()
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()			
意見	【介護をしている上で困っている事等】				
同意書	・ 申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入居判定に必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。 ・ 入居申込者の入居判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入居申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 年 月 日 氏名 印				

