

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

介護老人福祉施設 豊野清風園 入所申込書

豊野清風園施設長 様

入所申込者（身元引受者）氏名 _____

豊野清風園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
現住所	郵便番号			電話番号		
介護保険被保険者番号			保険者名			
要介護認定	<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					
該当する在宅での日常生活困難な事由（要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。）	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			入所を希望する理由 （該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。）	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため（ 年 月 日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> （その他詳細	
	事業所の名称				<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ	
担当の居宅介護支援事業所等			TEL		担当者	
健康保険	種類					
年金の種類等	種類					
居宅サービス（介護予防を含む。）等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他					
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00～午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00～午後10:00 (夜間) <input type="checkbox"/> 午前 6:00～午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後10:00～午前 6:00 (深夜)				
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 _____） 年 月 日～					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） [現在治療中の病名] (_____)					

過去の入所・入院状況	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日		
	理由				
	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日		
	理由				
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。				
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () ()				
	() () ()				
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () ()				
	() () ()				
主たる介護者の状況	フリガナ 氏名		性別 男・女		
			生年月日 年 月 日生 (歳)		
	住所	〒	要介護認定の有無 有・無		
		TEL	要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	申込者との関係	<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 ()			
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	備考

添付書類

○介護保険証のコピー

説明確認欄および個人情報提供の同意欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。
	私は、豊野清風園が入所希望者本人と家族等についての、入所判定に必要な個人情報の把握を行うこと、介護保険者、介護保険事業者、居宅介護支援事業者等の関係機関からの個人情報を受けること、豊野清風園が必要に応じて、入所申込書の内容を介護保険者、居宅介護支援事業者へ情報提供することについて同意します。
	年 月 日
	<u>入所希望者氏名</u>
	<u>身元引受人氏名</u>

記入例

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

介護老人福祉施設 豊野清風園 入所申込書

豊野清風園施設長 様

入所申込者（身元引受者）氏名 清風 一郎

豊野清風園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ	セイフウ タロウ		性別	生年月日	
氏名	清風 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 3年 3月 3日（89歳）	
現住所	郵便番号	389-1105	電話番号	026-257-4617	
	長野県長野市豊野町豊野659-1				
介護保険被保険者番号	0	0	0	0	1 1 1 1 1
保険者名	長野市				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間 ○年 ○月 ○日 ~ △年 △月 △日				
該当する在宅での日常生活困難な事由（要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。）	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		入所を希望する理由（該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。）	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため	
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。			<input checked="" type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため	
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		<input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input checked="" type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため（○年 ○月 ○日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> （その他詳細）	<input checked="" type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため（○年 ○月 ○日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> （その他詳細）	
	賛育会居宅支援事業所 TEL 026-257-5999			<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため	
	担当者			<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input checked="" type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため（○年 ○月 ○日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> （その他詳細）	
健康保険	種類	後期高齢者医療保険			
年金の種類等	種類	国民年金 厚生年金 等			
居宅サービス（介護予防を含む。）等の利用状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他				
	利用時間	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00（日中） <input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後10:00（夜間） <input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00（早朝） <input type="checkbox"/> 午後10:00~午前 6:00（深夜）			
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 ○○○○） ○年 ○月 ○日~				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ） [現在治療中の病名] （尿閉）				

過去の入所・入院状況	種類 名称	病院 〇〇病院	理由	〇年 〇月 〇日～ △年 △月 △日 誤嚥性肺炎
	種類 名称	老人保健施設 〇〇〇〇	理由	×年 ×月 ×日～ □年 □月 □日 下肢筋力低下によるリハビリ

※
入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項

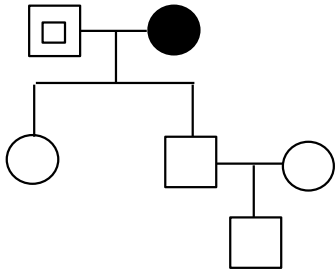
(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。

現在デイサービスとショートステイを中心にサービスを利用しながら在宅で生活している。主たる介護者は農業を営みながら介護をしているが、高齢であり、さらに持病も抱えているため、在宅での介護に不安があり、身体的・精神的に負担が大きくなっている。

〇年〇月〇日に誤嚥性肺炎で入院した。それまでは独居で生活していたが、1ヵ月に及ぶ入院生活で歩行が困難となり、在宅での生活が難しくなっている。

他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 (〇〇園) ()
	() () ()
<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 (△△荘) ()	
() () ()	

主たる介護者の状況	フリガナ 氏名	セイフウ ハナミ 清風 花美	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和28年 2月 8日生 (64歳)
	住所	〒 389-1105 長野市豊野町豊野659-1	連絡がとれる連絡先	TEL026-257-4617	要介護認定の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()				

家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	備考
		清風太郎	本人	89	
豊野花江		長女	68	県外在住	
清風一郎		長男	66	同居	
清風花美		長男の妻	64	同居	
清風小太郎		孫	38	同居	

添付書類

○介護保険証・負担割合証のコピー

説明確認欄および個人情報提供の同意欄	<p>私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。</p> <p>私は、豊野清風園が入所希望者本人と家族等についての、入所判定に必要な個人情報の把握を行うこと、介護保険者、介護保険事業者、居宅介護支援事業者等の関係機関からの個人情報を受けること、豊野清風園が必要に応じて、入所申込書の内容を介護保険者、居宅介護支援事業者へ情報提供することについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">20〇〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: center;">入所希望者氏名 <u>清風 太郎</u></p> <p style="text-align: center;">身元引受人氏名 <u>清風 一郎</u></p>