

介護老人福祉施設入所申込書

ケース番号：

施設長 様

申込者	申込日	年 月 日			
	ふりがな		入所希望者との関係		
	申込者氏名				
入所希望者	申込者住所	〒 -		連絡先 (問合せ先)	電話 - - 携帯 - -
	ふりがな		性 別	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	入所希望者氏名		男・女		
	入所希望者住所 ※住民票所在地	〒 -			
	介護保険被保険者 番号				
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		認 定 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日	
	現在の生活場所	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ グループホーム ☐ 特定施設 ☐ その他 () ※上記の具体的施設名 ()			
	在宅サービス 等について	介護保険のサービスは ☐ 使っている ☐ 使っていない ケアマネジャーの氏名 _____ 事業所名 _____ TEL - -			
他の施設への申込 状況又は希望 (予定も含む)	☐ マザアス日野 ☐ 豊かな里 ☐ 浅川苑 ☐ あすなろ ☐ シンフォニア ☐ ラペ日野 ☐ 花子				
特例入所該当事由 要介護1又は2の方のみ	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ※裏面参照				

私は、貴施設の入所に関する方法や手続き及び入所・退所についての取り扱い基準について説明を受けました。この申込書にある内容、介護保険の認定調査情報を、入所手続きに利用することを目的に、貴施設・他の申込み施設・保険者に提供することに同意します。併せて、入所希望者の現状把握に必要な場合は、調査担当者及び、入所・入院している施設等から、心身状況の情報提供を受けることに同意します。

入所希望者氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印

※介護老人福祉施設入所申込書及び介護保険被保険者証の写しを施設へご提出して下さい。
裏面は、調査票となっておりますので、調査担当者に作成をご依頼して下さい。

要介護 1 又は 2 の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で、表面の「特例入所該当事由」欄の該当と思われる項目に印を付けてください。

ア. 認知症のある者で、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

イ. 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

ウ. 家族等による深刻な虐待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こと。

エ. 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こと。