

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|     |   |
|-----|---|
| 同意欄 | 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。<br>平成 年 月 日 氏名 <span style="float: right;">(印)</span> |
|-----|---|

|              |   |           |  |
|--------------|---|-----------|--|
| 申請者<br>(連絡先) | 〒 | 氏名        |  |
|              |   | 電話        |  |
|              |   | 携帯        |  |
|              |   | 入所申込者との関係 |  |

|          |         |  |       |   |                          |
|----------|---------|--|-------|---|--------------------------|
| 入所申込者の状況 | フリガナ    |  | 性別    | 保 険 者   |                          |
|          | 氏名      | 印  | 男・女   | 被 保 険 者 番 号   | .....                    |
|          | 生年月日    | 明・大・昭  | 年 月 日 | 要介護状態区分   | 要介護(1・2・3・4・5)           |
|          | 現住所     | 〒  |       | 要 介 護 認 定 有 効 期 間   | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで |
|          | 状 況     | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください)<br>※施設名または病院名：<br>※所在地：<br>※入所又は入院時期：平成 年 月頃から   |       |   |                          |
|          | 住環境     | <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難<br><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、介護が困難<br><input type="checkbox"/> その他( )   |       |   |                          |
|          | 特例入所の理由 | [要介護1又は2の入所申込者のみ記入]<br>※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)   |       |   |                          |
|          | 入所希望時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい   |       |   |                          |
|          | 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ)<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( ) |       |   |                          |
|          | 特養申請状況  | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請<br><input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名： )  |       |   |                          |
| 主介護者     | フリガナ    |  | 性別    | 入所申込者との関係   |                          |
|          | 氏名      |  | 男・女   | 生 年 月 日   | 明・大・昭・平 年 月 日            |
|          | 同居有無    | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他( )   |       |   |                          |
| その他の介護者  | 氏名      |  | 年齢    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係                |
|          | 氏名      |  | 年齢    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係                |
|          | 氏名      |  | 年齢    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係                |
|          | 氏名      |  | 年齢    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係                |
|          | 氏名      |  | 年齢    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係                |

