

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

介護老人福祉施設 須坂やすらぎの園 入 所 申 込 書
理事長 大島順道 殿

申込依頼者 (続柄)

住所

連絡先 () -

入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

(申込者)

フリガナ		性別	生年月日				
氏名			大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
現住所	郵便番号			電話番号			
被保険者番号					保険者名		
要介護認定	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 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。)	☐ 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。)	☐ 介護者がいないため			
	☐ 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。			☐ 介護者が高齢、障害、疾病等のため			
	☐ 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。			☐ 介護者が就労しているため			
	☐ 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。			☐ 介護者が育児等しているため			
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		入所希望時期	☐ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため			
	TEL			☐ いずれ施設への入所を必要とするため			
	担当者			☐ 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			
				☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きいため			
居宅サービス (介護予防を含む。)等の利用状況等			☐ 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)	☐ (その他詳細)			
				☐ 年 月頃 ☐ 今すぐ			
居宅サービス (介護予防を含む。)等の利用状況等	☐ 訪問介護 () ☐ 訪問入浴 () ☐ 訪問看護 ()						
	☐ 通所介護 () ☐ 通所リハ () ☐ 短期入所生活介護						
現況及び医療状況	☐ 短期入所療養介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護						
	☐ 訪問リハ () ☐ 福祉用具貸与 ☐ 特定施設入所者生活介護						
現況及び医療状況	☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 ☐ その他						
	【地域支援事業】 ☐ (訪問介護相当・訪問型サービスA) ☐ (通所介護相当・通所型サービスA)						
現況及び医療状況	☐ 自宅						
	☐ 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日~						
現況及び医療状況	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン						
	☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 痰吸引 ☐ その他 ()						
現況及び医療状況	[現在治療中の病名]						
	()						

過去の入所・入院状況	名称		年 月 日～ 年 月 日				
			理由				
	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	☐ 申込済の施設名称 () () () () ()						
	☐ 今後申込予定の施設名称 () () () () ()						
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳)			
	住所	〒					
		TEL					
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居					
申込者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()						
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	備考	

添付書類
 ○ 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(写)
 ○ 介護保険証(写)

説明確認欄	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。
	年 月 日 氏名 印