

(様式 1)

介護老人福祉施設ふるとねの郷申込書

介護老人福祉施設ふるとねの郷
施設長 並木 寛 様

申込日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日まで

【 申込者 (連絡窓口)】

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		本人との関係
電話番号	自宅 () 携帯など ()	

介護老人福祉施設ふるとねの郷へ入所したいので、次の通り届出ます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
	住 所	〒	女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	現在利用している在 宅サービス (居宅支援及び介護 支援専門員)				
	医療的処置の状況	【既往歴】			
	認知症 有り・無し	【有りの場合の具体的行動】			
	移動手段	車椅子使用 ・ 杖などや歩行器等使用 ・ 歩行可能			
	家族構成 (別居の血縁者も含む)	□独居			
	氏 名	年齢	続柄	同居・別居	主たる介護 者に◎
	※現在の本人、家族の状況をご記入ください。				
みどりの森の利用	利用中 (デイサービス ショートステイ)	以前利用していた	利用を検討している	利用なし	
現在の居場所 ※該当するものに ☑のうえ その状況をご記入ください。	□自宅で一人暮らしをしている □自宅で家族と暮らしている □特養・老健などの施設に入所、病院に入院している 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (年 月 から)				
入所希望時期	□今すぐ入所したい □半年以内 □1年以内 □その他()				
優先入所を 希望する理由 (複数回答可)	□介護者がいないため □介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため □介護者がいるが高齢のため十分な介護が困難なため □介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため □介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため □介護保健施設に入所しているが替わりたい □その他 ()				

*裏面につづく

介 護 者 の 状 況	(ふりがな) 氏 名	明・大・昭		性 別	本人との関係
		年 月 日(歳)		男・女	
状 況	主たる介護者が障害や疾病の状況にある。	介護困難 (入院レベル)	多少介護可能 (疾病、通院レベル)	ある程度介護可能 (腰痛など)	特に無し
	主たる介護者の就労の状況	8時間就労 (もしくは65歳以上)	4時間以上 (扶養範囲外)	4時間以内 (扶養範囲内)	なし
	他の介護者について(同居)	いない	介護困難	多少介護可能	介護可能
	他の介護者について(別居)	いない	介護困難	多少介護可能	介護可能
説 明 確 認	<p>私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明等(書類)を受けました。</p> <p>平成 年 月 日 氏名: _____ 印 _____</p>				

- ※ 申し込み用紙の内容の変更(介護度や医療的処置、主介護者の状況など)があった場合には連絡ください。
- ※ 優先入所の申し込み用紙の有効期間は2年間です。継続して申し込まれる場合には、お手数ですが有効期限を過ぎる前に再度申し込まれるようにお願いします。
- ※ 必要性がなくなった場合は、別紙「入所申込取り下げ書」を提出してください。

※ 要介護度 1又は2のかたのみご回答ください。 (いずれにもチェックがない場合は、お申込みできません。)	
特 例 入 所 要 件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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みられ、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	<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等が頻繁にみられ、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により、家族による支援ができず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、居宅において日常生活を営むことが困難である。

施 設 記 入 欄		
	<table border="1"> <tr> <td>受付者</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	受付者
受付者		

