

入所申請書

社会福祉法人 天年会
介護老人福祉施設 かなしょうず園 園長殿

申請日 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------------------|----------|---|---|---|---|-----|
| フリガナ 入所希望者 (本人)氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日 M T S 年 月 日 (歳) | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 未認定 |
| 年金状況 | 生活保護・国民・厚生年金 (円/月) | | 負担限度額 | 有()段階・無 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | 電話 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------|----|----|----|--|---|----|----|--|--|
| フリガナ 申請者氏名 | | | 続柄 | | | 住所 | 〒 | | |
| 電話 | 自宅 | | 携帯 | | | | | | |
| その他の 連絡先 | ① | 氏名 | 電話 | | ② | 氏名 | 電話 | | |

※連絡がつかない場合は入所の順番が遅くなる可能性があります。

必ず連絡がつく連絡先をご記入下さい

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請理由 | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1、誓約事項

- ・本申請の取り下げをする場合には、速やかに申し出ます。(他施設入所・永眠等)
- ・入所希望者が入所を希望しない場合、入院が必要な場合、また感染症等の疾患が発生した場合には速やかに申し出ます。
- ・要介護認定の結果「非該当」もしくは「要支援」の判定が出た場合、入所条件の対象から外れる事を了承します。
- ・必要事項について、他事業所への問い合わせをすることに同意します。

2、説明確認事項

- ・入所決定基準について
- ・入所申込から入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・入所順位の見直しについて

私は誓約事項及び説明確認事項について施設より説明を受けました。

(申請者) 氏名

印

※該当する所に○をつける(受付者が記入)

| 本人及び介護者の状況 | | | 回目 | 回目 | 回目 | 回目 | 回目 | 回目 |
|------------|-------------------------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 要介護度 | 要介護5 | 40点 | | | | | | |
| | 要介護4 | 40点 | | | | | | |
| | 要介護3 | 20点 | | | | | | |
| | 要介護2 | 10点 | | | | | | |
| | 要介護1 | 5点 | | | | | | |
| | 認知症による不適応行動あり (要介護1～3のみ加算) | 10点 | | | | | | |
| 介護の必要性 | ①介護保険の居宅サービスの利用 (直近3ヶ月の平均) | | | | | | | |
| | 15509単位 以上 | 30点 | | | | | | |
| | 10340単位 ~ 15508単位 | 20点 | | | | | | |
| | 10339単位 以下 | 10点 | | | | | | |
| | ②在宅生活が困難な為、当該特養以外の施設に入所(入院) | | | | | | | |
| 介護者等状況 | ①単身(同敷地内別居・世帯分離は含まない) | 30点 | | | | | | |
| | ②高齢者世帯(介護者が65歳以上) | 20点 | | | | | | |
| | ③介護者が虚弱 | 20点 | | | | | | |
| | ④複数の人を介護している | 10点 | | | | | | |
| | ⑤介護者が就業中(育児中) | 10点 | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | |

| | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
| 居宅介護支援事業所 (病院・施設名) | | ケアマネージャー (ケースワーカー) | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 1, 早急に | ※2の理由 | |
| | <input type="checkbox"/> 2, その他 | | |
| 他の特別養護老人ホームへの 申し込み状況 | 1. 申し込んでいる 2. 申し込んでいない (申し込んでいる場合の施設名) | | |

| | |
|--------|--|
| 調査票記入者 | |
|--------|--|