

入 所 申 込 書

令 和 年 月 日

グループホーム美和 殿

施設に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治・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	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者
健康保険	種類		
年金	種類		
居宅サービスの利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月)		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月)		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目)		
	(前月の介護保険利用実績 単位) (直近3カ月の平均 単位)		
現 況 及 び 医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		
	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所・入院中(施設・病院名)		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン		
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
[現在治療中の傷病名]			
入所申込み理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない		
	<input type="checkbox"/> 介護者が、地理的に離れている若しくは長期入院中等により事実上介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有する等十分な介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者が、要支援状態、高齢等の状況により十分な介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っている等十分な介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者が、就労しているため、十分な介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去を求められているが、自宅での介護が困難なため		
	<input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の基準支給額を超えており、経済的負担が大きい		
<input type="checkbox"/> その他			

他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み				
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込中(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)				
	既に申し込んでいるほかの施設名()()()				
	今後申し込む予定の施設名()()()				
主たる介護者 (身元引受人) の状況	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
	住所				
	電話			要介護認定の有無	有・無
				要介護状態区分	
	同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
申込者との 関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者				
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他				
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	備考	
入所順位決定に 当たって特に 配慮してほしい 事項	(本人や介護者の状況で特に困っている点などをご記入ください)				
申込者署名				印	

添付書類

保険証(コピー)
老人医療受給者証(コピー)
介護保険証(コピー)