

## グループホーム 川田の宿 入所申込書

- 関係書類を添付し、入所を申込みます。

申込日： 令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	
氏名				明・大・昭 年 月 日生 ( 歳 )	
本人住所	〒 -		連絡先 自宅 ( )		
申込者氏名 ( 続柄 )	( )		連絡先 ( 日中連絡可能な連絡先 ) 自宅 ( )		
申込者住所	〒 - ( 同上 )		携帯 ( ) その他 ( )		
家族の状況	家族図		氏名	年齢	続柄
					本人
特記事項	* 介護状況 ( 主介護者・介護協力者の状況等 )				
介護保険 被保険者番号	000		保険者名 (市町村)		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <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： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護保険負担割合証	1割 ・ 2割	介護保険負担限度額認定証		有 ・ 無	
担当居宅介護 支援事業所等	事業所の名称		担当者氏名	連絡先	
				TEL ( )	FAX ( )
居宅サービス の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与				
	その他 ( 福祉用具購入・住宅改修等 ) * 直近 3 ヶ月のサービス利用票添付で記載不要。				

現在の状況等	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（特養・短期・老健・療養型）へ入所中 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅へ入所中 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 病院等へ入院中 病院名（ ） <p>* 入院・入所開始： 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで（予定）</p> <input type="checkbox"/> その他
施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ希望 <input type="checkbox"/> 複数の施設を希望 (希望施設数 施設)
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃の入所を希望する <input type="checkbox"/> 将来施設入所が必要になると思われるため（令和 年頃・未定）
入所希望理由  ●該当項目に☑し、 具体的に記入して 下さい。	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため（独居） <input type="checkbox"/> 主介護者以外、介護協力者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 高齢世帯であるため <input type="checkbox"/> 入所希望者の希望によるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 入所希望者の認知症が顕著で、家庭での生活が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 現在入居中の施設の利用料が高いため <input type="checkbox"/> 現在入院又は入所している病院、老健等から退院又は退所を求められているため <input type="checkbox"/> その他 * 在宅介護が困難な理由

＜添付書類＞

- 入所希望者状態確認書
- 介護保険被保険者証の写し
- サービス利用票（過去3ヶ月）の写し

【個人情報提供の同意】

貴施設が入所希望者の状況把握を行うため、市町村・担当のケアマネージャー・他の介護保険施設等から情報を収集すること、貴施設の入所判定会議において、入所希望者及び家族に関する必要な情報を資料として用いることに同意いたします。

同意日： 令和 年 月 日

入所希望者名：

申込者名（継柄）： ( )