

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3～5】

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム燦燦(さんさん)・地域密着型介護老人福祉施設ばーむ 入居申込書

希望施設 特別養護老人ホーム燦燦(さんさん) 地域密着型介護老人福祉施設ばーむ ショートステイ(燦燦空床利用)

同意欄	<p>入居判定及び入居待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名</p>
-----	---

申請者 (連絡先)	〒 ー 住所	氏名
		電話 ()
		携帯 ()

フリガナ		性別	保 険 者
氏 名		男・女	被 保 険 者 番 号
			要 介 護 状 態 区 分
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護(1・2・3・4・5)
現 住 所	〒 ー		要 介 護 認 定 有 効 期 間
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

入居申込者	居住状況	<input type="checkbox"/> 独居		
		<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 介護困難家族等同居 <input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等同居		

介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護療養型医療施設以外の病院
グループホーム ケアハウス(□特定) 有料老人ホーム(□特定)
サービス付き高齢者向け住宅(□特定) 養護老人ホーム(□特定)
その他(施設名等:)
 ※別居家族(介護困難 介護可能 別居家族なし)

住 環 境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

特例入居理由 [要介護1又は2の入居申込者のみ記入]	<p>要介護1又は2の方が入居するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当と思われる項目にレ点をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>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みられる</p> <p><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が頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>
-------------------------------	--

入居申込者	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入居したい <input type="checkbox"/> とちあえず申し込みたい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()		
	収入状況 (年間所得)	<input type="checkbox"/> 80万円 未満 <input type="checkbox"/> 80万円 以上 120万円 未満 <input type="checkbox"/> 120万円 以上 200万円 未満 <input type="checkbox"/> 200万円 以上		
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日)		
主介護者	フリガナ	性別	本人との関係	
	氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()		
同居家族	氏名	年齢		本人との関係
	氏名	年齢		本人との関係
	氏名	年齢		本人との関係
	氏名	年齢		本人との関係
	氏名	年齢		本人との関係
	氏名	年齢		本人との関係
入居希望理由	(該当する項目 全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:)		
	備考 担当 ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない		

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
 ※要介護1又は2の方は特例入居の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。