

特別養護老人ホーム『いずみの郷』入居申込書 (記入例)

| | | | |
|-------|---|---|-------------------|
| 申し込み日 | 2024年 4月 1日 | 受付日 | 年 月 日 |
| ふりがな | たいへい じろう | 続柄 (本人との関係) | 長男 |
| 申込者氏名 | 太平 寺朗 | 入所対象者本人の同意の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| ご職業 | <input checked="" type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 自由業() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 住所 | 〒 960-8253 | 連絡先 | 024 - 573 - 6161 |
| | 福島市泉字式斗蒔17-100 | 携帯電話 | 090 - 3333 - 0123 |

※ 原則として入所申込者は本人及び家族又は代理者となります。

本人(入居希望者)の状況

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|-----------------|----------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | たいへい はなこ | 性別 | 年齢 | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 氏名 | 太平 花子 | <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 88歳 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 現住所 | 〒960-8151 福島市太平寺字町ノ内300 電話 024 (573) 6160 | 介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | 認定 期間 | 22年 4月 1日から 25年 3月 31日まで | | | | | | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 15年 2月 28日 | 事業所の名称 | | 担当介護支援専門員(ケアマネ) | | | | | | | | | |
| 保険者名 (保険者番号) | <input checked="" type="checkbox"/> 福島市(072017) <input type="checkbox"/> 二本松市(072108) <input type="checkbox"/> 伊達市(072132) <input type="checkbox"/> 郡山市(072033) <input type="checkbox"/> いわき市(072041) <input type="checkbox"/> 南相馬市(072124) <input type="checkbox"/> 浪江町(075473) <input type="checkbox"/> 飯館村(075648) <input type="checkbox"/> その他 () ※選択肢のない市町村は、その他にチェックして市町村名及び保険者番号を記入してください。 | 居宅介護支援事業所 ふるさと 電話 024 (333) 3344 | | 県北 一郎 | | | | | | | | | |
| 特例 入所 | 特例入所の要件に該当する理由について | | | | | | | | | | | | |
| | 入所申し込みをするにあたり入所希望者が 要介護1 ・ 要介護2 の場合は次の項目をご確認ください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 【特例入所に該当する事由】 要介護1や2の方が特例的に入所となるのは以下のような考慮事項を勘案して特別養護老人ホーム以外での生活が困難な事情がある場合です。 | | | | | | | | | | | | |
| 現況 | <input checked="" 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。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 単身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。 (※在宅サービスを利用できる状況にあるにも関わらず、サービスを利用していない場合は該当しません。) | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と暮らし <input type="checkbox"/> 家族と暮らし <input type="checkbox"/> グループホームに入所している <input type="checkbox"/> 特養に入所している <input type="checkbox"/> 有料老人ホームに入所している <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 老健・療養型施設や病院に入っている 施設名又は病院 入所・入院期間 年 月 日から入所・入院している | | | | | | | | | | | | |
| 在宅 サービス 利用状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有 ・ 無 購入物品 () | | | | | | | | | | | | |
| | 事業者名 | デイサービスなごみの郷 | | | 頻度 | 4 回/月 | | | | | | | |
| | 事業者名 | ショートステイなごみの郷 | | | 頻度 | 20 回/月 | | | | | | | |
| | 事業者名 | 訪問介護ステーションなごみ | | | 頻度 | 10 回/月 | | | | | | | |
| | 事業者名 | | | | 頻度 | 回/月 | | | | | | | |
| | 事業者名 | | | | 頻度 | 回/月 | | | | | | | |

※ 介護保険証の写し(コピー)を添付してください

| | | | |
|---------|---|--|--------------------------------|
| 年金の種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 | 収入状況 | 年額(概算) 130万円 収入内容 年金 + 賃貸収入 |
| 身体障害者手帳 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 第 2001236号 | 2級 障害名(両下肢機能の著しい障害) | |
| 療育手帳 | 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 第 号 | 精神障害者保健福祉手帳 第 号 | 重度心身医療費受給者証 有・無 |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) | <input type="checkbox"/> 政府管掌 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 | 公費負担医療 |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () [主治医] (太平寺クリニック 内科 鈴木 三郎) [現在治療中の病名] (糖尿病 太平寺クリニック 月1回通院) | | |

| | | |
|--|--|---|
| 家族構成 ※家族図やその状況について、詳しく記入してください。 男性: □ 女性: ○ 同居は: ○ で囲む 本人: 回 ◎ 死亡: ■ ● 主たる介護者: 朱書きで記号の中に「主」と記入 | 主たる介護者の状況 | |
| | 氏名 | 続柄 |
| | 太平 なごみ | 長男の妻 |
| | 生年月日 | 33年 11月 11日 (55 歳) |
| | ご職業 | <input checked="" type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 自由業() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 介護者自身の要介護認定の有無 | 有(要介護) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 同居の別 | <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居 | |
| 住所 | 福島市泉字式斗蒔17-100 | |

| | | | | | | |
|-------|------|----------------|------|---|---------------------------------------|-------|
| 身元引受人 | ふりがな | たいへい じろう | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男・女 | 続柄 | 長男 |
| | 氏名 | 太平 寺朗 | 生年月日 | M・T・◎ 32年 11月 11日 | 同居の別 | 同居・別居 |
| | 住所 | 福島市泉字式斗蒔17-100 | | 電話 | 024 - 573 - 6161 090 - 3333 - 0123 | |
| | | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | |

| | | | | |
|------|----|----|----|----|
| 同居家族 | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|-------|-------|----|-----------------|--|
| そ親の他族 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
| | 白川 郷子 | 長女 | 郡山市富久山町久保田13-12 | 自宅: 0243-547-6667 携帯: 090-1052-7777 |
| | | | | 自宅: 携帯: |

| | | |
|-----|--|-------|
| 同意欄 | 以上は、特別養護老人ホーム『いずみの郷』の入居指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入居検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受け入れや、保険者・居宅介護支援事業所等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 | |
| | 本人 | 太平 花子 |
| | 家族(又は代理人) | 太平 寺朗 |