

指定介護老人福祉施設 清涼苑
 指定介護老人福祉施設 清涼苑 施設長様

受付担当者: _____

【特例(要介護1又は2) 要介護3~5】

受付日	年	月	日
-----	---	---	---

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入所判定及び入所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。 年 月 日 氏名 印
-----	--

申請者 (連絡先)	〒 - 住所	氏名
		電話 ()
		携帯 ()

入所申込者	フリガナ		性別	保 険 者		
	氏 名	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
				要 介 護 状 態 区 分	要介護(1・2・3・4・5)	
	生年月日	年 月 日	要 介 護 認 定 有 効 期 間	年 月 日から		
	現 住 所	〒 -		年 月 日まで		
			認 定 日	年 月 日		
			支 払 限 度 額	第 段 階 割		
	居 住 状 況	<input type="checkbox"/> 独居				
		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居	<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"/> 介護可能家族等と同居				
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護医療院以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等: ※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 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 所 理 由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 要介護1又は2の方が入所するためには、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すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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見られる。 <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見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 <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十分に受けられない。 <input type="checkbox"/> 地域の実情等を踏まえ、各自自治体において必要と認められる事情 その他、特例入所を希望するにあたり、考慮すべきやむを得ない事情等があれば、ご記入ください。					

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射(回) <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <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()				
	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	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	同居
	氏名		年齢		本人との関係	同居
	氏名		年齢		本人との関係	同居
	氏名		年齢		本人との関係	同居
	氏名		年齢		本人との関係	同居
	氏名		年齢		本人との関係	同居
入所希望理由	(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。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。

個人情報の保護に関する使用同意書

(平成15年5月30日法律第57号に基づく)

私（利用者及びその家族）の個人情報については次に記載するところにより必要最低限の範囲内で利用目的の達成のために使用することを同意します。

記

1 利用目的

- ・ 施設入所申込みの諾否に対する判断
- ・ 利用者等に提供する介護サービス・入退所等の管理・会計・経理・事故等の報告
介護サービスの維持・改善
- ・ 施設サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施される、他の介護事業者等とのサービス担当者会議やカンファレンス等の連絡調整において必要な場合
- ・ 介護保険事務、介護保険事務の委託、審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 利用者の診療等に当たり、医師等への説明
- ・ 家族への心身の状況説明
- ・ 緊急時における入院又は退所して在宅に戻る時等に、各関係機関に対して必要と思われる情報提供

2 条 件

- ・ 個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外に洩れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- ・ 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

令和 年 月 日

社会福祉法人多治見清涼会 指定介護老人福祉施設 清涼苑 施設長 様

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者の家族) 住 所 _____

氏 名 _____ 印