

**(社会福祉法人)真心福祉会
利用申込書**

申込日	受付日	受付担当者
-----	-----	-------

*ご希望の施設(事業所)に ○印 をご記入下さい

特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設入所者生活介護)	
<input type="checkbox"/>	聖籠まごころの里
<input type="checkbox"/>	新発田まごころの里
<input type="checkbox"/>	胎内まごころの里
<input type="checkbox"/>	胎内まごころの里きのと
<input type="checkbox"/>	村上まごころの里

(予防)小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/>	小規模多機能ホーム 聖籠まごころの里
(予防)短期入所生活介護	
<input type="checkbox"/>	新発田まごころの里
看護小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能ホーム 村上まごころの里
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	
<input type="checkbox"/>	グループホームまごころ

申込者 (連絡先)	ふりがな			申込日	
	氏名	Ⓜ		続柄	生年月日
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家	
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()	勤務先 ()	職業(勤務先)

利用希望者氏名	ふりがな	性別	生年月日 (年齢)	
		男・女	M T S	年 月 日 ()
現住所	〒 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家			
電話番号	() -			
介護保険	被保険者番号	保険者名		
自立～要介護度の該当に○印	自立	申請中	要支援1	要支援2
介護度の認定期間	年 月 日	～	年 月 日	要介護1
健康保険	種別	番号		要介護2
年金	種別	支給年額		要介護3
障害者手帳等	種別	障害の級		要介護4
現在の状況	1	自宅	世帯状況	1人暮らし
				65歳以上の高齢者2人暮らし
			その他 同居者 人	主介護者
	2	入院中	病院名	現在利用しているサービス
			科名	
	3	施設入所中	施設名	入院日 年 月 日
その他	(利用希望の理由や介護で特に困っておられることなどをご自由にご記入下さい)			

担当介護支援専門員	事業所名	
いる	氏名	
いない	電話番号	() -

(申込者が身元引受人と同一人の場合はご記入不要です)

身元引受人	住所	〒		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家
	ふりがな	入居者との続柄	生年月日	
	氏名			
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()	職業(勤務先)

(料金をお支払いされるご予定の方に ○印 をご記入下さい)

1	利用希望者様 (ご本人様)
2	身元引受人様
3	その他の方 (複数様も可)

同居のご家族(全員についてご記入ください)

氏名	続柄	生年月日	連絡先電話番号 携帯電話番号

同居していない扶養支援者

氏名	続柄	生年月日	住所	連絡先電話番号 携帯電話番号

利用希望者様の生活状況について（該当する状況に ○印 をご記入下さい）

	No	項目	生活状況			特記事項
			自立 車椅子	(独歩・杖・歩行器) (自操・介助)		
日常生活に関する事項	1	移動	自立 車椅子	(独歩・杖・歩行器) (自操・介助)		
	2	食事	自立	一部介助	全介助	経管栄養
	3	排泄	自立	(トイレ・ポータブル)		
			一部介助	(トイレ・ポータブル)		
			全介助 オムツ	(トイレ・ポータブル・便尿器)		
	4	入浴	自立	一部介助	全介助	
	5	着脱衣	自立	一部介助	全介助	
	6	起座	自立	一部介助	全介助	不可
	7	寝返り	自立	一部介助	全介助	不可
8	移乗動作	自立	一部介助	全介助		
9	立ち上がり	自立	一部介助	全介助		
心身に関する事項	10	視力障害	無	弱視 (右・左)	全盲	
	11	聴力障害	無	やや難聴 (右・左)	難聴	
	12	言語障害	無	少し不自由	不自由	
	13	会話	無	普通	どうにか可	不可
	14	歯の障害	無	一部入れ歯	総入れ歯	
	15	失禁	無	有		
	16	床ずれ	無	有 (部位)		
	17	徘徊	無	居室内	屋内	屋外
	18	認知症	無	有 (軽度・中度・重度)		
	19	麻痺	無	有 部位(右・上、下肢 左・上、下肢)		
	20	拘縮	無	有 部位(右・上、下肢 左・上、下肢)		

	現病	発症年月日	傷病名	特記事項
疾病に関する事項	既往病			
	現在服用中の薬(お薬手帳等のコピー添付でも可)			

説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設(事業所)への利用申込みの際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法について施設(事業所)から説明を受けました。
 なお、貴施設(事業所)が利用順位決定のため必要な範囲内において、わたし(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。

年 月 日

利用希望者 印

利用希望者の家族 印

入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない理由

- 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見られる
- 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
- 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
- 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

上記要件の具体的な理由

特例入所の要件・理由(要介護1又は2の方が入所を申込みの場合に記入してください。)

本利用申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等を利用した場合は必ず当社各施設(事業所)にご連絡願います。

<連絡先>

施設(事業所)名	電話番号	郵便番号	住所
聖籠まごころの里	0254-27-0808	957-0105	北蒲原郡聖籠町大字次第浜5298
新発田まごころの里	0254-33-0377	959-2477	新発田市下小中山1107
ショートステイ新発田まごころの里			
胎内まごころの里	0254-28-8666	959-2712	胎内市築地3715番地3
胎内まごころの里きのと	0254-46-3330	959-2604	胎内市大出730番地1
グループホームまごころ	0254-20-7227		
村上まごころの里	0254-62-1007	959-3122	村上市大津3689番地2

* ご記入頂いた情報はご利用判定の目的以外には使用せず、適切に使用させていただきます。