

利用申込書

受付日	管理番号	受付担当者
	No.	

* ご希望の施設(事業所)に○印をご記入ください

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 (広域型)
<input type="checkbox"/>	新発田まごころの里 (地域密着型)
<input type="checkbox"/>	胎内まごころの里 (地域密着型)
<input type="checkbox"/>	胎内まごころの里きのと (地域密着型)
<input type="checkbox"/>	村上まごころの里 (地域密着型)

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

※広域型…住所地に関係なく申請が可能です。
 ※地域密着型…住所地のみの申請となります。

申請者 (連絡先)	氏名	ふりがな		記入日	
	住所	(〒 -)		続柄	生年月日
		電話番号	自宅		職業(勤務先)
		携帯			

利用希望者 氏名	ふりがな	生年月日	大正・昭和 年 月 日			
		性別	男・女	年齢 満 歳		
現住所	(〒 -)		電話番号	() -		
介護保険	被保険者番号		要介護度	1 2 3 4 5 申請中		
	※介護保険者証のコピーを添付してください。		負担減免 (お持ちの方)	第1段階・第2段階 第3段階①・第3段階②		
担当介護 支援専門員	事業所名		担当名			
			電話番号	() -		
医療保険	後期高齢者医療保険 ・ 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 生活保護(担当名:)					
年金	有・無	支給年額:				
	種類	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ その他()				
障害者手帳等	有・無	()種 ()級	障害名:			
現在の状況	自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中		病院・施設名			
利用中の サービス (事業所名)	デイサービス ()	ショートステイ ()	訪問介護 ()	訪問看護 ()	訪問入浴 ()	その他 ()
医療の状況	主治医	医療機関名		担当医名		
	診断名 (病名)					
※お薬手帳又は薬剤情報が記載されているもののコピーを添付してください。						
申請理由	(利用希望者の状況と家庭での状況など)					

【利用希望者の生活状況について】

日常生活動作			心身の状態	
移動	動作	自立・一部介助・全介助	視力	普通・弱視・全盲
	用具	独歩・杖・歩行器・車椅子	聴力	普通・やや難聴・難聴
食事		自立・一部介助・全介助	会話	普通・簡単なら可・返事のみ・不可
入浴	動作	自立・一部介助・全介助	床ずれ	なし・あり(部位:)
	形態	家庭浴・一般浴・座浴・特浴	徘徊	なし・居室内・屋内・屋外
排泄	動作	自立・一部介助・全介助	認知症	なし・年相応・あり
	場所	トイレ・ポータブル・紙パンツ・紙オムツ		(ありの場合) 軽度・中度・重度
着脱衣		自立・一部介助・全介助		【周辺症状】 物忘れ・不潔行為・異食・収集癖・暴言 暴力・幻覚・幻聴・妄想・うつ・徘徊 失見当・昼夜逆転 その他()
起座		自立・一部介助・全介助		
寝返り		自立・一部介助・全介助		
立ち上がり		自立・一部介助・全介助		

【ご家族(全員)についてご記入下さい 同居・別居には○をつけてください】

氏名	続柄	生年月日	連絡先電話番号
			携帯電話番号
(同居・別居)			

【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(ご本人様)
2	身元引受人様
3	その他の方(複数様も可)

【特例入所の要件・理由】 要介護1又は2の方が入所を申し込む場合に記入してください。

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、日常生活に支障をきたすような症状・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、日常生活に支障をきたすような症状・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、同居家族が高齢また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。

【上記の具体的な理由】

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴施設(事業所)への申し込みに際し、利用申し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貴施設(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、私(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当市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