

入所申込書

特別養護老人ホームかさかけの里

(表) 受付日

年

月

日

フリガナ 氏名 (入所希望者)	介護保険者 (市町村名)	みどり市・その他 ()			
	被保険 者番号
生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	性別 男・女
入所希望者の状況					
*以下の該当する箇所 (□) に (レ) 印を付けてください。					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)				
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 ※同居家族の構成： <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※ 施設名又は病院名： ※ 入所(院)時期； 年 月 から				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 入所を希望する理由 ※該当するものを全て選んでください <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢、疾病、障がいのための介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のための介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っている事がありましたら、お書き下さい。 []				
要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当条件) <input type="checkbox"/> 認知症であり、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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難。 <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、地域の介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 ※上記に当てはまる具体的な事由で記入してください。 []					

