

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

特別養護老人ホーム 「シルバーハウスゆめの郷」 「第二光の園」 入居申込書

社会福祉法人 萱垣会
理事長 萱垣憲英 殿

【新規・変更・更新】

| | | |
|------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 希望施設 | <input type="checkbox"/> シルバーハウスゆめの郷 | <input type="checkbox"/> 第二光の園 |
|------|--------------------------------------|--------------------------------|

※両施設の申し込み可

○申込者(連絡者)

| | | | | |
|------|---|---|-------|---------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | | 入居希望者とのご関係() |
| | | | | 連絡先 |

○入居希望者の状況

| | | | | |
|--|--|---|----------|---|
| 保険者名 (市町村名) | | 被保険者番号 | | |
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中(区分変更) 申請日: 年 月 日 | | | |
| 認定期間 | 令和 年 月 日~令和 年 月 日 | | 介護保険負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 |
| 収入 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他(種類:)年金 1月/ 円 | | | |
| 介護保険負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| 現在の生活場所 | <input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム <input type="checkbox"/> 老健・療養型・介護医療院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他() 各、施設又は病院名()入所・入院期間 年 月から | | | |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居世帯である <input type="checkbox"/> 高齢者世帯である <input type="checkbox"/> 高齢者以外を含む家族と暮らしている | | | |
| 医療処置の有無 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン(回/1日) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名() | | | |
| 他施設へ既に申し込んでいる または今後申し込む予定 | 施設名 () | | | |
| 南信州広域連合からも第二光の園に申し込んでいる または今後申し込む予定 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 入居希望者の意向 | <input type="checkbox"/> ゆめの郷へ入居したい <input type="checkbox"/> 第二光の園へ入居したい <input type="checkbox"/> 施設入居を希望している <input type="checkbox"/> 施設入居は概ね了承している <input type="checkbox"/> 施設入居を迷っている <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 意向は分からない | | | |

○主たる介護者の状況

| | | | | |
|-------------|---|---|-------|---------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 歳 |
| 同居の区分 住所 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | 入居希望者とのご関係() |
| | | | | 連絡先 |

○入居を希望する理由

- 介護者がいない 介護者が高齢・疾病がある 介護者が就労・育児をしている
 介護者の身体的・精神的負担が大きい 介護者が遠距離に在住している
 入居希望者の同居家族に要介護者がいる(要介護度：) 他者の介護協力が望めない
 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい ※複数選択可

《申し込みに至った理由又は特に配慮して欲しい事項を自由にご記入ください》

○同居家族及び別居家族の状況

| 氏名 | 住所 | 続柄 | 年齢 | 同居・別居 | 要介護 | 病・障害 | 育児 |
|----|----|----|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|---------------------------------|------------------------|
| 家族図 | 男性は□、女性は○ 亡くなっている場合■、● 同居者は線で囲む | 例、本人90歳女性、夫死亡、子供2人 |
|-----|---------------------------------|------------------------|

○第三者(担当相談員・ケアマネージャー様)記載欄

| 記入者氏名 | 事業所名 | 職種 | 連絡先 |
|---------------------------|---|----|-----|
| | | | |
| 在宅サービス限度額割合 (過去3カ月の平均) | <input type="checkbox"/> 75%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満 | | |
| 認知症高齢者の 日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> ランクM <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクIII <input type="checkbox"/> ランクII <input type="checkbox"/> ランクI | | |

《入所の必要性を客観的にご記入下さい》

※申し込みにあたっての添付書類

- 同意書 介護保険被保険者証の写し お薬手帳の写し 直近3ヶ月分の「サービス提供票」
 担当相談員・ケアマネージャー様作成の「アセスメント表またはサマリー」