

地域密着型介護老人福祉施設げんき 入所申込書

令和 年 月 日

地域密着型老人福祉施設げんき
施設長 村山 潤 宛

申込者氏名 続柄()

住 所

電 話 番 号

地域密着型介護老人福祉施設げんき に入所したいので、次の通り申込みいたします。

入 居 対 象 者	被保険者番号								※介護保険証でご確認ください。			
	フリガナ	※必ずフリガナも記入ください										
	氏 名											
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性 別	1. 男	2. 女					
		年	月	日								
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 令和 年 月 日)										
	認定有効期間	令和 年 月 日 から										
		令和 年 月 日 まで										
住 所												
電話番号	()					FAX 番号	()					
家族等の 状況 ◎には、主に 介護をして いる方を記入 して下さい	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	緊急時の連絡先						
	◎				同・別							
					同・別							
					同・別							
特例入所申込み理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)												

私は、上記入所申込者の情報について施設側が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合にはその使用について同意します。

入居対象者氏名 ㊟

署名代行者 ㊟

申込者氏名 ㊟

(施設記入欄)

受付 No	受付年月日	令和 年 月 日受付	特 記 事 項
	受付者氏名	㊟	

介護支援専門員意見書

入所申込者名

1. 本人の状況

要介護度	介護度5	介護度4	介護度3	介護度2～1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
--------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他			
② 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	(本人からみた続柄)	
③ 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし			
④ 介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
⑤ 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種等	日/週・	時間/日)	
⑥ 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護	1・2・3・4・5)	
⑦ 介護者が育児・家族が病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
⑧ 介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通			
⑨ 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄)	日/週程度	
⑩ 別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄)	日/週程度	
⑪ 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			

4. 特記事項(当てはまるところに☑)及び意見

<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他医療的処置 () <input type="checkbox"/> 廊下・階段・便所・浴室等の住宅改修困難等の住宅環境に問題がある。 <input type="checkbox"/> 入所待機期間が一年以上である。 <input type="checkbox"/> 長期入院による退所後の再入所 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

意見書作成日 令和 年 月 日

意見書作成者

㊞

支援事業者名

住 所

電 話

入居申込みに関する留意事項

【1】申込書等の記入について

1. **様式1**『地域密着型介護老人福祉施設げんき 入所申込書』の記入について

- ① 入所申込書の記載については、入所決定後に保証人となる予定の方がご本人の「介護保険者証」を確認して記入ください。保証人となる方が記入・作成困難な場合には、介護支援専門員が記入・作成してもかまいません。
- ② 特例入所申込み利用記載欄は、入所対象者の要介護度が1または2で、入所を希望される場合に記入してください。
- ③ 署名代行者欄は、入所対象者が署名・押印できない場合に、代行した方が記入してください。
- ④ 施設記入欄には、何も記入しないでください。

2. **様式2**『入所申込調査票』および **様式3**『介護支援専門員意見書』の記入について

- ① ご家族の方は、記入しないでください。
在宅にて、デイサービス・ショートステイ等の在宅サービスを利用されている方は、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に記入を依頼してください。
- ② 老人保健施設や病院・グループホーム等に入所または病院に入院されている方は、入所・入院先の介護支援専門員や医療相談室等に記入を依頼してください。

【2】施設入所の申込について

- ① 入所申込書 **様式1** **様式2** **様式3**当施設に提出してください。提出は、保証人になる方や代理の方(主たる介護支援専門員等)、が持参または郵送下さい。
- ② 入所申込の受付は、原則として介護認定を受けられた方とします。
- ③ 内服薬がある場合は、別途お薬手帳等を添付してください。

【3】その他

- ① 入所申込者の死亡・他施設への入所などにより、入所を取り消す場合は必ずご連絡ください。
- ② 入所申込者や介護者の状態や状況等に、著しい変化があった場合には、入所申込書の再提出をお願いします。再提出を怠った場合には入所の順番を決定する際に不利益が生じる場合があります。
- ③ 上記のほか、ご不明な点等ありましたら下記へご連絡ください。

〒010-0342 秋田県男鹿市脇本脇本字中野 26 番地 7
地域密着型介護老人福祉施設げんき 村山又は小坂まで
TEL 0185-47-6221 FAX 0185-47-6220