

豊田市内特別養護老人ホーム（グループホーム）入所申込書

特別養護老人ホーム
高齢者グループホーム
小原安立 所長 様

令和 年 月 日

入所申込者	ふりがな			保険者名		
	氏名			介護保険 被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	要介護度	1・2・3・4・5	認定有効期間	平成	年 月 日から	年 月 日
	住所	〒 - 電話番号 ()				
	現在いる 場所	<input type="checkbox"/> 住所に同じ ※病院名・施設名またはその他の場所を記入 <input type="checkbox"/> 病院・施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

主介護者	氏名			入所申込者 との関係		
	住所	〒 - 電話番号 ()				

入所希望	入所希望 時期	おおむねの入所希望の時期を選択してください。 ※あくまで希望であり、入所の時期を確約するものではありません <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上先 (理由)				
------	------------	---	--	--	--	--

申込状況	他の施設 への申込 状況	※他の施設にも入所申込みされる場合には、施設名を以下の空欄にご記入ください。 ・市内の特養 () () () ・市外の特養 ()				
------	--------------------	--	--	--	--	--

同意及び説明 確認	・入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 ・申込後に状態の変化、連絡先の変更、入所が不要となった場合は施設に申し出ます。 ・入所申込者・介護者の方を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等と下記の情報を共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 入所申込書内の項目に関する情報 <input type="checkbox"/> 申込後に生じた転出や死亡に伴う住民票の異動内容 <input type="checkbox"/> その他入所に関する必要な情報				
	平成 年 月 日 入所申込者または記入者氏名				印

事務処理欄	受付日		受付入力		調査	
	調査入力		判定日		判定結果	

入所申込理由

該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入してください。

令和 年 月

- 介護する者がいないため
- 介護する者が入院等で介護できない
- 介護する者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難
- 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため
- 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難
- 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため
- その他の事情 ()

具体的状況

特例入所申込理由

該当するものすべてにチェックをしてください。

- 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等が頻繁に見られる
- 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・安心の確保が困難な状態である
- 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

特例入所該当確認欄 (施設記入欄)

確認年月日： 年 月 日

※ 特例入所該当確認欄については、確認方法を記載すること。