

社会福祉法人 愛信会
施設長 殿

入所申込書

フリガナ	介護保険者		被保険者番号
氏名	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		減額適用 種類
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
			()
生年月日	年 月 日 歳	介護保険有効認定期間	年 月 日～ 年 月 日
現住所	〒 TEL		
本人の居住	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中 医療機関名： 入院時期 年 月～ <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： 入所時期 年 月～ <input type="checkbox"/> 介護サービス等、利用しながら在宅で生活している ⇒ <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> その他 () 以下に同意を頂いた方のみ、サービス利用状況の確認を施設より担当介護支援専門員等にお問合せさせていただきます。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (必要な提出書類等がある場合には申込者にご依頼いたします) 担当介護支援専門員氏名 () 事業所名 () 連絡先 ()		
認知症高齢者自立度 (疎通行動の度合い)	<input type="checkbox"/> I ほぼ問題なし <input type="checkbox"/> II 見守り促せば可 <input type="checkbox"/> III 介護を要する <input type="checkbox"/> IV 常時の介護を要する <input type="checkbox"/> M 専門医等で治療中 <input type="checkbox"/> 不明	医療ケアの必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 内容：
入所希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 静霞園 <input type="checkbox"/> ユニット型特別養護老人ホーム 静霞園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム くきの里 <input type="checkbox"/> ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホームケアハウス ポプラ館 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホームケアハウス くきの里 <input type="checkbox"/> グループホーム いちょうの木 *希望する施設にチェック下さい(複数可)		
申込者	フリガナ 氏名 本人との関係 () 入所希望者との同居 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 住所 連絡先(近況確認先) 携帯		
主たる介護者の状況 (申込者と同一の場合記入不要)	フリガナ 氏名 本人との関係 () 入所希望者との同居 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 住所 入所希望者が単身者等、介護者不在の場合には以下の項目については*の項目のみ記入。		
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満		
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 病気、障害等あり介護困難 <input type="checkbox"/> 高齢、腰痛等により十分な介護はできない <input type="checkbox"/> 日常的に介護は行っている <input type="checkbox"/> 健康状態に問題はなし		
介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 定年を迎え就労していない <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 1日4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 1日4時間未満 <input type="checkbox"/> 就労していない		
介護者の育児、看護状況	<input type="checkbox"/> 1日を通して必要 <input type="checkbox"/> 半日程度必要 <input type="checkbox"/> 毎日ではないが必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
他の同居家族の協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり		
*別居している家族の協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり		
*入所希望者又は家族の居住	<input type="checkbox"/> 入所希望者又は家族の居住が ⇒ <input type="checkbox"/> 土浦市内 <input type="checkbox"/> つくば市内 <input type="checkbox"/> 入所希望者又は家族の居住が ⇒ <input type="checkbox"/> 土浦市隣接市町村 <input type="checkbox"/> つくば市隣接市町村 <input type="checkbox"/> 入所希望者又は家族の居住が茨城県内 <input type="checkbox"/> 入所希望者又は家族の居住が茨城県外		

申込の情報については入所判定委員会での基本情報となります。行政と共有させていただきますので予めご了承下さい。

入所順位決定方法、料金体系等、ご質問がございましたら各施設へお問合せ下さい。

その他、何かありましたらご記入ください。	入居希望時期 <input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐでなくて良い
----------------------	--