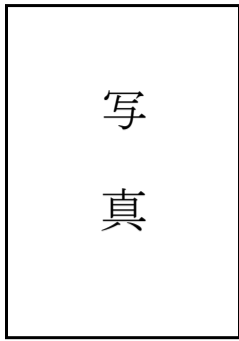


入居申込書



医療法人恕泉会
社会福祉法人ふるさと会

理事長 内田 泰史 様

申込者 〒

住所

氏名

電話

携帯電話

入居希望者との関係

私は

ケアハウス

- 花の郷高知
- 一般
- 特定
- あじさいの里
- 特定

グループホーム

- 浦戸の里
- ひまわりの家
- 福寿の家 (いの町)

特別養護老人ホーム

- 森の里高知 (従来型)
- あおばの森
- 風花の里 (ユニット型)

サービス付き 高齢者向け住宅

- はるのガーデン

老人保健施設

- ピアハウス高知

できるだけ早く入居したいので他の施設へも希望する

申し込みをした施設のみ希望する

への入居を申し込みます。

※グループホームへの申し込みをされる方は、認知症の診断が必要となります。

入居希望者の状況	ふりがな		生年月日	大正	年	月	日
	氏名			昭和	年	月	日
	住所	〒			固定電話 携帯電話		

入居希望の時期及び理由

その他の具体的な状況 (経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)

入居希望者の状況	介護保険	介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	介護保険負担限度額認定証	有(段階)・無	
		要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			
			<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			
	被保険者番号				保険者(市町村)	
	認定期間	年	月	日	～ 年 月 日	
	健康保険	種別		障害者手帳	種類	
		記号番号			判定	
	収入状況	年金等	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円			
			<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円			
			<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円			
その他(不動産収入等)		有・無		(年額) 円		
生活保護受給		有・無		(年額) 円		
利用料等経費負担	<input type="checkbox"/> 本人負担		縁故者の場合 氏名 続柄()			
	<input type="checkbox"/> 一部縁故者		住所			
	<input type="checkbox"/> 全額縁故者		職業			

入居希望者の状況	現況(在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している		
	現況(施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している(施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()		
	病名	施設又は病院名	入居又は入院時期	年 月 頃
入居希望者の生活状況	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ()		
	視力・聴力・言語・手足	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある		
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
医療・介護関係者	主治医	医療機関名	主治医氏名	
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所名	担当者名
身元保証人	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和 平成 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
連絡先	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和 平成 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
個人情報取得・提供の同意	入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入居希望者の情報を提供することに同意します。 なお、入居申込後に入居希望者が死亡、施設・病院等への入居・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。			
	入居希望者 氏名 家族等 氏名			

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。

介護保険者証(写)は要介護認定を受けている方のみ添付して下さい。(変更申請中の方は認定後に提出して下さい。)