

箕輪町長 様

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申 込 日		令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 変更			
1 申 込 者	ふりがな			性別	入所希望者との関係		
	氏 名			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	住 所	〒		電話	（ ）		
				携帯電話	（ ）		
2 入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな			性別	被保険者番号		
	氏 名			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女			
	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		
		電話（ ）			<input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 申請中		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生		年 齢	歳		
	現況及び 医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている（ ）人世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている→いつから（ ）年 月 日）名称（ ）					
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ ） [現在治療中の病名]（ ）					
	過去の入所 ・入院状況	名称		期間	年 月 日～ 年 月 日		
				理由			
	過去の入所 ・入院状況	名称		期間	年 月 日～ 年 月 日		
			理由				
在宅サービ ス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有・無 購入物品（ ） <input type="checkbox"/> 住宅改修 有・無 工事箇所（ ）						
担当の居宅 介護支援事 業所	事業所の名称		電 話	担当者名			
3 家 族 、 親 族 等 の 状 況	氏 名	住 所	続柄	年齢	同居・別居	備考	
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
4 入 所 希 望 施 設	希望施設へ☑を記入してください。複数の施設を希望することもできます。なお、複数の施設を希望された場合には、希望した施設のうち最初に空床ができた施設へ入所することになります。						
	<input type="checkbox"/> 一般対応施設	<input type="checkbox"/> みすず四恩の家(伊那市) <input type="checkbox"/> サンハート美和(伊那市) <input type="checkbox"/> さくらの里(伊那市) <input type="checkbox"/> みさやま個室/□2人部屋(伊那市) <input type="checkbox"/> かたくりの里(辰野町) <input type="checkbox"/> 福寿苑(辰野町) <input type="checkbox"/> みのわ園(箕輪町) <input type="checkbox"/> グレイスフル箕輪(箕輪町) <input type="checkbox"/> 観成園(駒ヶ根市) <input type="checkbox"/> 千寿園(駒ヶ根市) <input type="checkbox"/> エーデルこまがね(駒ヶ根市) <input type="checkbox"/> 越百園(飯島町)					
	<input type="checkbox"/> 認知症対応施設	<input type="checkbox"/> サンハート美和(伊那市) <input type="checkbox"/> みさやま(伊那市) <input type="checkbox"/> かたくりの里(辰野町) <input type="checkbox"/> コンソール大芝(南箕輪村) <input type="checkbox"/> 越百園(飯島町)					

5 世帯及び介護の状況等	(ア)入所希望者 ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいない <input type="checkbox"/> 身寄りがある → ※へ	
	(イ)入所希望者と 高齢者のみが 同居する世帯	<input type="checkbox"/> 同居する主な介護者が長期入院中等の理由で事実上、介護不可能 [理由] () <input type="checkbox"/> 同居する主な介護者が要介護・要支援状態等で十分な介護が困難 [理由] () <input type="checkbox"/> 同居する主な介護者が高齢等の理由で、十分な介護が困難 [理由] () <input type="checkbox"/> その他 [理由] ()	
	(ウ)二人世帯 (イ)を除く)	<input type="checkbox"/> 同居者が長期入院中等の理由で事実上、介護不可能 [理由] () <input type="checkbox"/> 同居者が疾病、障害を有する等の理由で十分な介護が困難 [理由] () <input type="checkbox"/> その他 [理由] ()	
	(エ)その他の世帯 ☆主介護者： (続柄：)	<input type="checkbox"/> 主な介護者が就業、疾病等の理由で十分な介護が困難 [困難な理由] () <input type="checkbox"/> 主な介護者以外に協力可能な同居家族がいる [入所希望者との関係] () () () <input type="checkbox"/> 主な介護者以外に協力可能な同居家族がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が複数の介護や育児等をしている <input type="checkbox"/> その他 [理由] ()	
	※同居していない 定期的な介護 可能者の状況	<input type="checkbox"/> 近隣に住む定期的な介護可能者がいる [入所希望者等の関係] <input type="checkbox"/> 介護可能者は申込者と同じ、または申込者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 () <input type="checkbox"/> 介護可能者がいるが、遠方に住むため十分な介護が困難 [入所希望者等の関係] <input type="checkbox"/> 介護可能者は申込者と同じ、または申込者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 () <input type="checkbox"/> 介護可能者が病気や重複介護等の理由で十分な介護が困難 [困難な理由] () <input type="checkbox"/> その他 [理由] ()	
特記事項 (介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。)			
6 同意書	私及び家族は、特別養護老人ホームの入所に当たり、入所検討委員会及び各施設に対し、入所に必要な情報を提供することに同意します。 令和 年 月 日		
	入所希望者 氏名	印	
	家族の代表 氏名	印	入所希望者との関係 []
	住所	〒	
7 説明確認欄	私は、入所申込みに当たり、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、町の担当者から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名		

町 処 理 欄	初回認定日		放置等の状況	虐待・介護放棄・放置
	介護者の状況		利用者負担の軽減	有・無 (第 段階)
	介護度		認知症高齢者日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ
	認定期間		待機場所	自宅・その他 ()
	介護支援事業所	名称	担当者	