

介護老人福祉施設 紅山荘 入所申込書

紅山荘 施設長 鎌倉 契嗣 様

下記のとおり、貴施設に入所申し込みいたします。

	入所申込年月日	令和 年 月 日
申込者の氏名	続柄	
申込者の住所	〒 (この欄は、申込者が入所希望者本人の場合は記入不要です。)	(連絡先) ・自宅 ・携帯

入所希望者の状況	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日		
	住所	〒	連絡先(電話番号)		
	要介護度	1 2 3 4 5	有効期間	から まで	
	被保険者番号				保険者
					番号
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所・退院を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()			
	優先入所	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません ※希望の方は別紙の記入をお願いします。			
	特例入所を希望する理由 ※要介護1・2の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 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			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 頃までに入所したい			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている※ ※施設名又は病院名： ※入居・入院期間：				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> インシュリン(注射・服薬) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 かかりつけ医： 特記事項(既往歴等)				

- この申込の内容については、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、県・介護保険の保険者(市町)に対して提供することに同意します。
- 被保険者番号を記載しない場合であっても、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、要介護認定の結果について、入所申込者数を把握するための調査資料等として、県・保険者へ提供することに同意します。

被保険者または代理者

