

指定地域密着型介護老人福祉施設 入居申込書

申込者（連絡先）

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	：	—
住所	：	
氏名	：	
電話	：	()

特例入居の事由	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人さくら福祉会 特別養護老人ホーム 金澤備中		保険者	金 沢 市
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号
	氏名		男・女	要介護度
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定 有効期間
	現住所	〒 —		TEL ()
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名：_____ ◇所在地(市町村名)_____		
	介護者の状況	<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」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <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。 <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。		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL () _____		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()			
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：〒 — TEL —)		
意見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和 年 月 日 氏名： _____ 印			

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。
 ※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。
 ※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。