

施設サービス利用申込書

申込み日 20XX年 X月 XX日 受付日 20XX年 X月 XX日

フリガナ	〇〇 ハナコ	男	大・昭
利用希望者氏名	〇〇 花子	女	生年月日 12年 1月 XX日 88歳
利用希望者住所	〒 381-0022 長野市大豆島1111-23-XX	同居の有無: <input checked="" type="checkbox"/> 同居者有 <input type="checkbox"/> 独居	電話 111 - XXX - 3333
入所希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> まめじま <input type="checkbox"/> さかえ <input checked="" type="checkbox"/> とみたけ <input type="checkbox"/> なかの <input type="checkbox"/> こうしよく <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> とぐら <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input checked="" type="checkbox"/> やなぎはら <input checked="" type="checkbox"/> よしだ <input checked="" type="checkbox"/> ひがしまち		
他の施設への申し込み状況	<input checked="" type="checkbox"/> ある : 〇〇ホーム、〇〇の里		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 2025年 5月 1日 ~ 2027年 4月 30日		
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称 居宅介護支援事業所 フランセーズ悠	連絡先 TEL: 026-258-7059	担当者 〇〇 太郎
居宅サービスの利用状況	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" 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 前月の介護保険利用実績 _____ 単位 (直近3ヶ月の平均 15,800 単位)		
入所を希望する理由(該当する事項に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等のため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難であるため < 年 月 日頃退院(退所)予定 > <input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため <input type="checkbox"/> その他 ()		
居室の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input checked="" type="checkbox"/> 個室 居住費 + 室料(居室形態に応じて費用が変わります。※特養・老健) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 特別個室 *グループホームは個室のみとなり家賃(居住費)月額となります。		
身元引受人の情報	フリガナ	〇〇 タケオ	性別 居住 生年月日
	氏名	〇〇 健男	男 同居 大・昭・平 43年 5月 XX日生 57歳
主たる介護者の状況	フリガナ	〇〇 ヤスコ	性別 居住 生年月日
	氏名	〇〇 康子	男 同居 大・昭・平 45年 7月 X日生 55歳
介護の状況	住所	〒 381-0022 TEL: - - 携帯: 090 - 1111 - XXXX 長野市大豆島1111-23-XX	申込者との関係 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 子(長男)
	介護の状況	最近、病気で入院してリハビリして退院したが、思ったように身体が動かず疲れやすくなってきた。通院も多く、不在となる時間が増えてきた。	要介護認定の有無 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 要介護状態区分
個人情報に関する同意及び説明確認欄	私は、入居申込に際し、入居申込から入居契約までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 又、必要関係機関に介護に関する個人情報を提供・共有することを同意します。 20XX年 7月 XX日 利用希望者氏名 : 〇〇 花子 身元引受人氏名 : 〇〇 健男		

