

記入例

入所希望のご本人の情報を記載します。

入所希望の施設を選択します。複数の選択もOKです。

選択肢の無い地域は、その他にチェックして市町村名を記入します。

担当のケアマネジャーの連絡先を記載します。居宅サービスを利用していない場合は空欄のまま構いません。

現在の状況と過去の状況をそれぞれ記載します。現在、自宅にて生活している場合は自宅にチェックします。

居室に応じて室料がかかります。

2人部屋(1日500円)
個室(1日1,000円)
特別室(1日2,000円)

詳しくは、担当窓口へお問い合わせください。

身元引受人と主介護者の方が同じ場合は、住所など重複する部分の記載がなくても構いません。

介護者自身も要介護認定を受けている場合は、要介護状態区分を記載して下さい。

介護者の介護している状況を簡単に記載して下さい。

居宅サービスの利用状況をチェックします。

居宅サービスを利用していない場合は空欄のまま構いません。

介護者自身の介護認定状況をお書き下さい。

申込書			
社会福祉法人 博悠会		施設長	相談員
申込日		2019年 11月 11日	
受付日		年 月 日	
フリガナ	ハクユウ タロウ		
氏名	博悠 太郎	性別	男
住所	〒381-0201 長野県上高井郡小布施町大字小布施10-20 山翠楼 1F 205号		
入所希望施設	☒ 特別養護老人ホーム (☒ まめじま ☐ さかえ ☒ とみたけ ☐ なかの ☐ こうしよく) ☒ 介護老人保健施設 (☒ とぐら) ☐ グループホーム (☐ やなぎはら ☐ よしだ)		
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 国籍 ☒ 日本 ☐ その他()		
保険者名	☒ 長野市 ☐ 須崎市 ☐ 千曲市 ☐ 坂城町 ☐ 中野市 ☐ 飯山市 ☐ 野沢温泉村 ☐ 栄村 ☐ 木島平町 ☐ 山ノ内町 ☐ 津南町 ☐ その他()		
要介護認定	☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☒ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 認定期間 23年 6月 1日 ~ 24年 5月 31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 TEL: 026 - 258 - 7059 担当者 吉田 悠子		
介護保険負担限度額	☐ 第一段階 ☐ 第二段階 ☐ 第三段階 ☒ 第四段階		
健康保険	種類 後期高齢者医療保険		
年金の種類等	種類 ☐ 国民年金 ☒ 厚生年金 ☐ 老齢福祉年金 ☐ 障害年金 ☐ 恩給 ☐ 共済年金 ☐ その他		
居宅サービスの利用状況	☐ 訪問介護 ☒ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 老健施設 ☐ 通所リハ ☒ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 福祉用具貸与 前月の介護保険利用実績 24800 単位 (直近3ヶ月の平均 24800 単位)		
現在・過去の入所・入院状況	現在 ☒ 自宅 ☐ 入院 ☐ 入所 ☐ その他 年 月 日 ~ 年 月 日 名称 理由 過去 ☐ 入院 ☒ 入所 H23年 5月 25日 ~ H23年 8月 23日 名称 介護老人保健施設フランセーズ悠とぐら 理由 リハビリの為 ☐ 入院 ☐ 入所 H23年 4月 11日 ~ H23年 5月 25日 名称 〇〇病院 理由 右大腿部頸部骨折のため		
入所を希望する理由(該当する事項に全て記入すること)	☐ 介護者がいないため ☒ 介護者が高齢・障害・疾病等のため ☐ 介護者が就労・育児等のため ☐ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため ☒ 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 ☒ 介護者の身体的・精神的負担が大きい ☐ 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 ☒ いずれ施設への入所を必要とするため ☐ その他 ()		
居室の希望	☐ 4人部屋 ☒ 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) ☒ 2人部屋 ☐ 特別個室 グループホームは個室のみとなり家賃(居住費)となります。		
他の施設への申し込み状況	☒ ある : 特別養護老人ホーム〇〇 介護老人保健施設〇〇		
身元引受人の情報	フリガナ ハクユウ ヨシノリ 性別 男 居住 同居 氏名 博悠 善徳 同居 別居 明・大・昭・平 25年 7月 25日生 61歳 住所 〒381-0022 TEL: 026-251-1651 申込者との関係 ☐ 配偶者 ☐ 子の配偶者 携帯: 090-0000-0000 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ☒ 子 長野市大字大豆島360-3		
主たる介護者の状況	フリガナ ハクユウ カイ 性別 男 居住 同居 氏名 博悠 かい 同居 別居 明・大・昭・平 2年 8月 15日生 84歳 住所 〒381-0201 TEL: 026-247-7288 上高井郡小布施町 大字小布施10-20 山翠楼 1F 205 携帯: - - 介護の状況 自分自身が要介護1の状態、夫の介護には手がなくなってきた。トイレの介助がやっとのこと。食事は、配食サービスでなんとかやっている。 ☒ 配偶者 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ☐ 子 要介護認定の有無 ☒ 有 ☐ 無 要介護状態区分 要介護1		

また、お申し込みに際して考慮すべき必要事項など御記載ください。

該当しない場合は、空欄
のままで構いません。

入所のお申し込みにあたり、説明確認のご同意と、個人情報に関するご同意のご署名が必要となります。
尚、個人情報は、必要関係機関（入院先の医療機関・入所先の施設・居宅介護支援事業所など）との連携・共有をさせていただきます。
受け付けの際に、ご同意頂けないとお申し込みが出来ませんので必ずご同意のご署名をお願い致します。
ご不明な点は、受付窓口にご確認頂きますようお願い致します。