

地域密着型介護老人福祉施設 入所申込書

社会福祉法人 福井ゆうあい会 やはず苑 施設長殿

申込日 年 月 日 受付担当者 _____

申込者 (連絡先)	フリガナ				特記事項(施設側記入)
	氏名	続柄			
	住所	〒			
	電話	()			
	携帯電話	()			

(今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます)

◎ 入所希望する人、その状況について

(フリガナ)					性別	被保険者番号				
氏名	印				男・女	要介護度	1・2・3・4・5			
生年月日	明治	大正	昭和	平成	要介護認定有効期間	年 月 日 から				
	年 月 日 ()歳					年 月 日 まで				
現住所	〒 -									
現況	<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 現在居宅サービス(デイサービスやホームヘルパー)を <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用していない 利用中の場合はサービス名とその頻度 ()									
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中 (施設名 <input type="checkbox"/> 現在入院中(医療機関名) :平成 年 月 から入所・入院									
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「育児中」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"/> 施設や病院等から退所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()									
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】									
申込の状況	<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()()()									

◎ 主に介護している人について

(フリガナ)					性別	本人との関係			
氏名					男	生年月日			
					女	大正・昭和・平成	年	月	日
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居								
意見	【介護をしているうえで困っていること等】								

◎ 同意書

福井県及び市町村からの要求があった場合には、この申込書の内容を報告する事に同意します。

令和 年 月 日 氏名 (印)

個人情報に関しましては、施設申込書類以外には使用いたしません。

※①「被保険者証(写)」 ②直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」③「サービス利用票別表(写)」④「状況調査票」を添付して下さい。

※要介護度や連絡先の変更、申込み取り消し(移転・他の施設に入所・死亡)などがございましたら、随時ご連絡下さい。