

# 住宅型有料老人ホーム 金木犀 入居申込書

申込者連絡先	氏名:	㊟	続柄		申込日	年 月 日	受付日	年 月 日	
	〒	住所:			受付番号	担当者名			
	電話番号				法人名	社会福祉法人 清心会			
			入居申込施設名	住宅型有料老人ホーム金木犀準備室 長崎市竿浦町945番地 095-878-7667 (相談担当/石橋)					

住宅型有料老人ホーム 金木犀に入居したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	介護保険者(番号)	
	氏名	㊟	男・女	介護保険被保険者番号	
	公費				
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	要介護度	要介護 ( 1・2・3・4・5 )	
	要介護認定期間	平成 年 月 日から	認定申請予定日	平成 年 月 日	
		平成 年 月 日まで			
	自宅住所	〒		電話番号	
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の病院や施設に入っている			
		施設・病院の名称	所在地		
			電話番号		
	入所又は入院期間		平成 年 月 から ( 年 ヶ月 )		
	入居申込理由	<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」等により、十分な介護が困難なため			
		<input type="checkbox"/> 介護する者が就労しており、(昼間独居となるなど)十分な介護が困難なため			
		<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護ができないため			
<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより、十分な介護ができないため					
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができないため					
<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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい					
<input type="checkbox"/> その他( )					
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				
在宅介護継続期間	年 月	居宅サービス利用有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についてもご記入ください) <input type="checkbox"/> 無		
申込日前月に利用中のサービス( 月分)	訪問介護		訪問入浴		
	定期巡回随時対応型訪問介護看護		訪問看護		
	訪問リハビリ		通所介護		
	通所リハビリ		居宅療養管理指導		
	福祉用具貸与		短期入所生活介護		
	短期入所療養介護				

本人の状況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上(    )年以内			
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:	担当ケアマネジャーの氏名		
	医療の状況	現在治療中の病名		受診している医療機関	
		【特記事項】			
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 有 (    ) <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 申込予定 (    )	

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 (    )				
	フリガナ		性別	男 ・ 女		
	主たる介護者の氏名		年齢	満 歳		
			本人との関係	続柄(    ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	住所				電話番号	
	介護意見等(現状の困りなど)	(注:身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)				
同居以外の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族・援助者なし					

介護支援専門員の所見	
------------	--

注:ご記入いただいた個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。

注:今回の申込により、入居が確定するものではありません。