

社会福祉法人宏正会 入所利用申込書

申込日: 年 月

利用希望事業所に☑を入れてください □ 特養 □ ショートステイ □ グループホーム □ 住宅型有料 □ サービス付き

フリガナ				男・女		生年月日		明治 大正 年 月 日 昭和							
利用者氏名															
現住所		(〒 -)				TEL									
居住状況		□同居世帯		□日中独居		□独居		□高齢者世帯							
第一連絡先	フリガナ			男・女	続柄		生年月日	大正 年 月 日							
	氏名							昭和 年 月 日							
	住所	(〒 -)						携帯							
第二連絡先	フリガナ			男・女	続柄		生年月日	大正 年 月 日							
	氏名							昭和 年 月 日							
	住所	(〒 -)						携帯							
御家族について	氏名			続柄		年齢		同居		備考		職業			
								有・無							
								有・無							
								有・無							
								有・無							
								有・無							
※備考欄に主介護者の方は◎、副介護者の方は○を付けて下さい。															
医療保険		1.国保	2.社保	□本人 □家族		3.後期高齢者医療		年金受給		有・無		□国民 □厚生		□その他() (月額 円程度)	
障害者手帳		有・無	(等級) 級 種			生活保護 (住宅対応可)			□受給中		生計		□独立 □同一		
要介護度		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5						保険者					
介護保険認定有効期間				年 月 日 ~ 年 月 日											
介護保険被保険者番号				担当ケアマネジャー											
障害高齢者自立度				□不明 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2											
認知症高齢者自立度				□不明 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M											
現在利用中のサービスにチェックを付けて下さい。															
□利用なし □デイサービス □デイケア □訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴															
□訪問リハビリテーション □ショートステイ(特養・老健) □その他()															
□施設や病院等に入所(入院)している															
施設・病院名 所在地															
年 月 日 入所(入院) ~ 年 月 日 退所(退院)															

主に利用する病院				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
医療等の 必要性	感染症 ☐ 無・ ☐ 有（ ） ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 経管栄養 ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ その他()				
既往症・ 現病症					
申込理由					

御家族からみた御本人の日常生活の状態と、入所後の施設への御希望等があればお書き下さい。

同意確認

- 1.入居申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
- 2.入居要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
- 3.申込から2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入居希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申込を無効とすることについて同意します。

入居希望者氏名

申込者氏名

特養希望の方のみこちらへも記入をお願いします。

☐ 介護をする者がいないため
☐ 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため

入所を希望する理由を選択してください	☐ 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
	☐ 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
	☐ 住環境の事情により十分な介護が困難なため
	☐ 施設や病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難なため
	☐ その他（

要介護1又は2で入所申込の方は上記以外の理由があればご記入ください。	
------------------------------------	--

ご本人の住宅の状況について教えてください。該当するものに○をしてください。

住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション		間取り		DK
	本人居室	有（専用・兼用）・無	和室（畳）・洋室（フローリング）		布団・ベッド		
		広さ	畳	トイレ	和式・様式・Pトイレ・その他（ ）		

ご本人が主に過ごされている部屋の間取りを簡単に描いてください。
 定規を使って書く必要はありません。ベッドの位置などわかる範囲でお願いします。

例	
----------	--

特記事項あればご記入ください。

入所申込に関するお問い合わせ
 社会福祉法人宏正会
 担当：濱岡・田口まで