

# ケアハウス シルバーピアかりや 入居申込書

社会福祉法人 長寿会

ケアハウス

シルバーピアかりや 施設長 殿

記入日： 年 月 日

入居希望者	ふりがな				性別	生年月日		
	氏名				男・女	明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒 -			電話番号( )	-		
介護保険情報	※介護保険証から転記してください。							
	保険者	市 町	保険者 番号				被 保 者 番 号	
	要介護度	要支援 1・2 1・2・3・4・5		認定有効期間	平成 年 月 日～ 年 月 日			
	現状	在宅 / 入院・入居中 (施設名 )						平成 年 月 ~

※入居待機中に他施設への入居が決まった場合、または要介護度・連絡先・介護の状況の変更があった場合は、取り急ぎご連絡ください。

申込代理人	ふりがな			続柄	自宅( )	-
	氏名				携帯( )	-
	住所	〒 -				
申し込み理由	該当するものすべてにシ点を付けて下さい。					
	<input type="checkbox"/> 1 介護する人がいない					
	<input type="checkbox"/> 2 介護する人が「高齢」「障害」「疾病」「育児」などにより、十分な介護ができない					
	<input type="checkbox"/> 3 介護する人が就労している為(昼間独居となり)、十分な介護ができない					
	<input type="checkbox"/> 4 介護する人が遠方に住んでいる為、十分な介護ができない					
	<input type="checkbox"/> 5 介護する人の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護ができない					
	<input type="checkbox"/> 6 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴などの日常生活全般に介助が必要					
	<input type="checkbox"/> 7 施設や病院などから退居を求められているが、自宅での介護が困難					
	<input type="checkbox"/> 8 施設入居により安心した生活を送りたい					
	<input type="checkbox"/> 9 認知症などにより常時の見守り・介護が必要					
	<input type="checkbox"/> 10 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など)					
	<input type="checkbox"/> 11 住環境の事情により、十分な介護をすることが困難な為					
	<input type="checkbox"/> 12 その他の理由					
( )						

※介護保険証のコピーを同封してください

【受付日 年 月 日】

【受付NO. 】

氏名

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		
	担当の居宅介護支援事業所	名称		
		ケアマネジャー名		電話( ) -
	経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他		
	健康保険	<input type="checkbox"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族)		
		<input type="checkbox"/> その他( )		
他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み			
	<input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる( 箇所)			
	すでに申し込んでいる他の施設名( )( )			
	今後申し込む予定の施設名 ( )( )			
特養待機期間(他施設も含む):      年      ヶ月				

主たる介護者の状況	ふりがな		続柄	生年月日	
	主たる介護者の氏名			明・大・昭・平成 年 月 日	
	住所	〒 -			
	電話( ) -	携帯( ) -			
	現状の介護で困っていることなど	(例: 身体的(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数・時間)など)			
	親族・援助者の状況	氏名 (続柄)	自宅( ) -		
			携帯( ) -		
氏名 (続柄)		自宅( ) -			
		携帯( ) -			

**同意および説明確認欄**

- ・入居希望者、介護者を円滑に支援する為、保険者(市町村)・ケアマネジャー等に、この申込内容を情報提供することを同意します。
- ・入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
- ・入所判定の為、貴施設が保険者(市町村)より上記入所申込者に関する要介護認定に係る調査内容、主治医意見書及び要介護認定審査会による判定結果・意見について情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

入居申込者又は申込代理者氏名

印