

かわにし苑入所申込書（新規・変更）

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者 _____

申込者	ふりがな 氏名	続柄	特記事項（施設が記入）
	住所 〒		
	電話 携帯 (市外)		

入所を希望する人、その状況について ※該当するところは記入か○印、□にはレ点を付ける

ふりがな 氏名	男 女	保険者 福井市 (182014)	保険番号										
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	要介護度	1	2	3	4	5	未認定		
住所	〒												
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設（老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅）に入所中（施設 _____） <input type="checkbox"/> 現在入院中（病院名 _____ 時期 平成 年 月から入院）												
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が（高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄）で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の（身体的・精神的）負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた期間（ 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して（ いる・いない） <input type="checkbox"/> 認知症の程度（日常生活自立度 I・II a・II b・III a・III b・IV・M）												
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ _____） 現在治療中の病気など（主治医 _____）（歯科医 _____）												
申込みの状況	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込み <input type="checkbox"/> この施設のみ申込み ・すでに申込み済（ _____）（ _____） ・これから申込み（ _____）（ _____）												

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名		続柄	
同居別	<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
意見など	介護で困っていること		

居宅サービスを利用の方は居宅介護支援事業所名
 (_____) 担当ケアマネ名 (_____)
 長期ショートステイ希望（無・有） 介護保険負担限度額認定証の有無（無・段階1・2・3・4）

*裏面にも記入して下さい。

入所を希望する人が要介護 1 または 2 の場合には、特列入所の要件に外用する事由の有無について

特列入所の要件に該当する事由の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 認知症であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さなどが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、新進の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない
--	---

該当する事由の具体的な内容	<p style="text-align: center;"><u>できるだけ詳しく記入して下さい</u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---------------	---

***すべての申し込み者が記入して下さい**

同意書	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合は、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名 (印)
-----	--

※ 申込の際には、介護保険証の(写)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写)を添付してください。
 ※ 申し込み後に他の施設に入所するなどして申し込みの必要性が無くなった場合には、施設まで連絡して下さい。