

入所申込書

社会福祉法人 舞鶴会
特別養護老人ホーム 長生園
 宮崎市山崎町浜川37番地
 TEL(0985)39-2560

申込年月日		年 月 日													
入 所 申 込 者	フリガナ											<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名											年 月 日 (歳)			
	住所	〒(-)										連絡先 ()			
	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請中(更新・変更)										介護度 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5			
	保険者			被保険者番号											
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担													
	負担限度額	<input type="checkbox"/> 有り(食費の負担限度額 <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 1360円 <input type="checkbox"/> 1445円) ※証書の中段の欄に記載してある金額をご確認下さい <input type="checkbox"/> 非該当(4段階相当) <input type="checkbox"/> 無し(未申請)													
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 経費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所 <input type="checkbox"/> その他()													
		年 月頃より		施設名											
認知症高齢者の日常生活自立度				I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M											
※介護保険申請時に主治医が作成する『主治医意見書』に記載があります。詳しくは担当ケアマネージャーや相談員の方にご確認下さい。															
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ											<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 生年月日 年 月 日			
	氏名											続柄			
	住所	〒(-)										連絡先 ()			
支 援 事 業 者	フリガナ											フリガナ 担当者名			
	その他連絡先	フリガナ											氏名 連絡先 ()		
申 込 状 況	施設1											申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済(年 月頃)			
	施設2											申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済(年 月頃)			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい														
希望居室	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも														

【担当介護支援専門員等記入欄】

以下は、担当介護支援専門員や、その役割を果たされている方(施設(病院)のソーシャルワーカー、相談員)、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載してください。適当な方がいない場合は不要です。

担当介護支援専門員等の役割・氏名	事業所名	連絡先

入所についての意見等(入所の必要性、緊急性等)を記載してください。

--	--

認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
----------------	--

➡ ※介護保険申請時に主治医が作成する『主治医意見書』に記載がありますのでご参照ください

(参考)
記載する内容については、以下項目例を参考にしてください。
○項目例
【本人の心身の状況】
【介護者(家族等)の状況】
【在宅生活の可能性】
【家屋等の状況】

【施設記入欄】

受付年月日	年 月 日
受付担当者	職種 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他()
備考	