

介護老人福祉施設 久下けやきハウス優先入所申込書

申込者	住所	〒()	本人との関係
	(ふりがな)氏名		
	電話	()	

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
整理番号	

本人の状況	(ふりがな)氏名		性別	男	保険者	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	女	被保険者番号		
	住所	〒()	介護認定期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	
	居宅支援事業所		担当ケアマネジャー			
	受給年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 無年金(生保:有・無) <input type="checkbox"/> その他()・月額約 円				
	現存場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 【名称: 年 月 日入院・所】				
	現在利用の在宅サービス状況 (具体的内容を記入してください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護	週・月 回	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	週・月 回	
		【事業所名】		【事業所名】		
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	週・月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	週・月 回	
		【事業所名】		【事業所名】		
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	週・月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	週・月 回	
		【事業所名】		【事業所名】		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	週・月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費の支給(物品)			
	【事業所名】		【事業所名】			
	<input type="checkbox"/> 通所介護	週・月 回	<input type="checkbox"/> その他	週・月 回		
【事業所名】		【事業所名】				
認知症等による不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い(重度) <input type="checkbox"/> やや多い(中度) <input type="checkbox"/> 少しあり(軽度) <input type="checkbox"/> なし					
医学的処置の状況	【現在治療中の病気等】		【既往症】			
優先入所を希望する理由 (具体的内容を記入してください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため					
	【 】					
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため					
	【 】					
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため					
	【 】					
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため					
【 】						
<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため						
【 】						
<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが替わりたい						
【 】						
<input type="checkbox"/> その他						
【 】						

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ひらがな) 氏名		性別	本人との関係
				男女	
		生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】			
	従たる介護者	(ひらがな) 氏名		性別	本人との関係
				男女	
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】		
	介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能			
	介護期間				
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児状況	主たる介護者の健康状態	主たる介護者の家族の健康状態	
<input type="checkbox"/> 有(常勤・パート)	<input type="checkbox"/> 有(人 歳)	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好		
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不良【 】	<input type="checkbox"/> 不良【 】		
そ の 他	優先入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい【 】			
	申込の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる 【所在地: 】 【施設名: 】			
	待機期間				
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護度1又は2のみ記載)				

説明 確認	<p>私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____ 印</p>
----------	--

※1 認定調査票(写)、被保険者証(写)、サービス利用票(写)を添付してください。

※2 申込内容に変更が生じた、または申請の必要がなくなった際には施設に連絡し、指示を受けてください。