

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホーム カーサ・八千代に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム カーサ・八千代	保 険 者	
(フリガナ)		性別	
氏 名		被保険者番号	
		要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
現 住 所	〒 —		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月から入所・入院している		
入所希望者の 状況 を 選 ん で 下 さ い (該 当 す る も の す べ て)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、 次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他() 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが 頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難 さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・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の供給が不十分である。		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		
主たる 介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)	
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】	

※ 裏面 も ご 記 入 ください。

優先申込書 現在の介護保険在宅サービスのご利用状況についてお知らせください。

・訪問介護・・・

・訪問入浴・・・

・訪問看護・・・

・通所介護・・・

・通所リハビリテーション・・・

・短期入所生活介護・・・

・短期入所療養介護・・・

・福祉用具の貸与・購入費の支給等・・・

・その他・・・

◎以下のことについて同意します。

・この申込書の内容について、担当ケアマネジャーや医療機関に確認すること。

・申込者がお亡くなりになった場合、その情報を千葉県が本申込書施設に提供すること。

・特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を千葉県に報告すること。

・今後の千葉県高齢者福祉計画・介護保険事業計画の参考とするため、必要がある場合はこの申込所の内容を千葉県に報告すること。なお、上記の目的以外で千葉県から依頼があった場合は情報提供を行いません。

◎施設から入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

署名
