

# 特例入所申込書

施設長宛

こがねの里に入所したいので、  
関係書類を添付して申込みます。

申込者連絡先 ◎今後、入所に関する事は申込者の方にご連絡致します	
フリガナ 氏名 (続柄)	(入所希望者との続柄： ) 印
住所	〒 -
自宅電話番号	( ) -
携帯電話等	

フリガナ		性別	生年月日		
入所希望者氏名		男・女	明治・大正・昭和	年	月 日生( 歳)
現住所	〒 -		電話番号		
介護 保険 証	被保険者番号		保険者(市町村)名		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間      年   月   日 ~      年   月   日			
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
負担限度額認定	食費	<input type="checkbox"/> 1360円 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不承認			
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称		担当者(ケアマネージャー等)		
健康保険種類	年金種類		<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 他( )		
生活保護受給	している ・ していない		<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 他( )		
現住居	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居 ・ 家族と同居 ) <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護医療院 施設名または病院名：      年   月   日 から入所				
医療の状況	現在治療中の病名・既往歴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他( )				
主な入院歴 ①病院 ②療養型 ③その他 ( )	番号	病院名	年 月 日 ~ 年 月 日		
	( )		理由		
	番号	病院名	年 月 日 ~ 年 月 日		
	( )		理由		
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	連絡先

主たる介護者の状況 (主に介護している方)	フリガナ		性別	年齢	連絡先(同居の場合記載不要)
	氏名		男・女	歳	住所 〒
	入所希望者との関係	配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者 兄弟姉妹・その他( )	入所希望者と 同居・別居		TEL
入所を希望する理由 ・ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項					
当てはまる項目に、チェック下さい。	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障をきたすような症状・行動があり、意思疎通が困難。 <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・行動があり、意思疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 介助者による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全安心の確保が困難。 <input type="checkbox"/> 独居、もしくは同居家族が高齢又は病弱であり、在宅サービスを十分に受ける事ができない。				
特養以外での入居が困難な理由を、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 特養以外の施設での入居が困難な理由				

添付する関係書類

- 優先入所検討表を合わせてご提出ください。(担当ケアマネージャーの方に作成頂いて下さい)
- 個人情報に関する同意書(下段に同意確認欄があります)
- 介護保険被保険者証(写)(一枚目の介護保険情報をご記入の場合は必要ありません)
- 利用者情報提供書(診療情報)(待機期間未定のため、申込み時点での提出は不要です)

説明・同意確認欄	<p>個人情報については、事業者の定める基本方針及び基本規則に則り適切に取り扱います。また個人情報に関する法令その他関係法令、及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。</p> <p>○ 申し込み施設が担当ケアマネージャーから、入所判定に必要な入所希望者等の情報提供を受ける事  ○ 今後の奈良市及び奈良県の施策の参考とするため、この申込書の内容を奈良市及び奈良県に報告する事</p> <p>上記2点について、同意します。</p> <p>平成 年 月 日 申込者氏名</p>
----------	---