

# 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： ) ⑩
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			
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				
負担限度額認定	食費	<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)	
	TEL			
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"/> 療養病床 施設名または病院名：      年 月 日から入所			
居宅サービスの利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> お泊りデイ <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他( )			
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		
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( )				
	( ) ( ) ( )				
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 ( ) ( )				
	( ) ( ) ( )				
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
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	連絡先

添付する関係書類

- 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>
--------------	--