

グループホームあさひ 入居申込書

令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 続柄 (_____)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

グループホームあさひに入居を希望しますので、次のように申込みいたします。

フリガナ		生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
現 住 所	〒 三条市 電話番号 (_____)	(該当する場合) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス・軽費老人ホーム	
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 入院・入所先名称 (_____) 入院・入所時期 (令和 年 月～) 退院・退所予定日 (令和 年 月頃)		
介護保険	被 保 険 者 番 号	保 険 者	三条市
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	有 効 認 定 期 間	_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日	
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 組合 その他 (_____)		
障害者手帳	無 ・ 有	種 級 障害名: _____	
その他保険証	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生・精神) <input type="checkbox"/> 特定疾病	
年金等	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 年額 _____ 万円		

入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 直ちに <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 他施設への申込状況 貴施設のみ ・ 他にも申し込む 箇所(予定)
----------	---

説明確認及び情報収集に係る同意書	私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を市町村、担当居宅介護事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。 令和 年 月 日 入 所 希 望 者 _____ 印 入 所 希 望 者 の 家 族 _____ 印
------------------	--

【事務処理欄】	【受付番号: _____】
受付年月日	令和 年 月 日 受 付 者 _____ 印
特 記 事 項	

裏面もご記入願います。

申 込 理 由 (複 数 レ 印 可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

家 族 等 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別

医 療 に 関 す る 状 況	(特別な医療的対応)
	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射
	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(現在治療中の病気)	
・	医療機関名：
・	医療機関名：
・	医療機関名：
(その他健康状態に関する特記事項)	

担 当 介 護 支 援 専 門 員 氏 名	事 業 所 名
	電 話 番 号

添 付 書 類	1 入所希望者の介護保険被保険者証（写） 2 介護保険負担割合証 3 お薬手帳 4 診療情報提供書（診断名に認知症と記載あるもの）
---------	--

留 意 事 項	当施設の入所の待機中に、他施設に入所が決定した場合や要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかにご連絡ください。 【連絡先】 グループホームあさひ 電話番号 0256-64-8081
---------	--