

サービス付き高齢者住宅 ほっとステイちびき 入居希望申込書

					申込日	平成	年	月	日
入居希望者	ふりがな				性別	生年月日			
	氏名	Ⓜ				男・女	明・大・昭	年	月
	住所	〒 - (歳)							
被保険者番号									
保険者番号					保 険 者				
要介護度					<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				
認定有効期間					平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
主治医		医療機関名			医 師 名				
担当ケアマネジャー		氏 名			事業所名				
					電話番号		(- -)		

申込者(身元引受人)

申込者(身元引受人)	ふりがな				入居希望者との続柄				
	氏名	Ⓜ							
	住所	〒 -							
	電話番号	(- -)			FAX	(- -)			
	ふりがな				入居希望者との続柄				
	氏名	Ⓜ							
住所	〒 -								
電話番号	(- -)			FAX	(- -)				

※ 身元引受人は2名必要となっております。連絡先欄もご記入下さい。

※ 申込書に添えて提出する書類

- 1、入居希望者の介護保険被保険者証(写) 2、健康保険被保険者証(写)
- 3、後期高齢者医療被保険者証(写) 4、身元引受人(2名必要)

説明確認欄	私は、入居希望申込に際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 Ⓜ 本人との続柄 ()								
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

受付記入欄	受付番号	No.				受付印
	受付日	平成 年 月 日				
	受付者職氏名					

介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) / 通所リハビリテーション(デイケア)（週 回） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) / 療養介護(最近3カ月の利用日数合計 日) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 入院中の病院名() 入院となった理由()
-------------	--

主介護者の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	--	----------------------------	----------------------------

主介護者の状況	ふりがな	-----	性別	男・女	生年月日	続柄
	氏名				明・大・昭	年 月 日 (歳)
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) 入希望者宅までの所要時間 (分)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 終日就労 <input type="checkbox"/> 半日程度就労 <input type="checkbox"/> 無職				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・要入院加療 (ヶ月程度 ・病名) ・入院していないが継続的な治療を要する (病名) ・慢性疾患等で定期的に通院中 (病名)				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級 ・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 無				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる。(子供の年齢: 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病に必要な家族がいる。(自宅療養 ・ 入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外の介護に必要な家族がいる。(要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5)				
介護を協力してくれる方の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人がいない。 <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる。 <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる。					

(介護を行っていて困っている事、その他特記事項を記入して下さい。)

ほっとステイちびき記入欄