

介護老人福祉施設 博愛の園 入居申込書

介護老人福祉施設 博愛の園 施設長様

介護老人福祉施設博愛の園に入居したいので、関係書類を添付して申し込みます。

窓口を持参
される方
(申込をさ

申込者氏名
博愛 花子
本人から見た
続柄
(長女)

住 所
長野県長野市〇〇 1234-5678
TEL (026) 〇〇〇 - ×××

フリガナ											性 別	生 年 月 日									
氏 名	博愛 太郎										男・女	明治	大正	昭和	平成	14 年 1 月 1 日生 (100 歳)					
現住所	郵便番号	381 - 0000					電話番号	(026) 〇〇〇 - ×××													
介護保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	保険者名	長野	市	町・村	負担割合	1	割			
要介護認定		☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☒ 要介護5 ☐ 更新中・変更中・その他 ()																			
		認定期間 令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 3 月 31 日 認定日 R 6 年 3 月 15 日																			
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)		☐ 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。 ☐ 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が頻繁に見られる。 ☐ 家族等による深刻な虐待等が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 ☒ 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。										入所を希望する理由 (該当する項目をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)		☒ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢、障害、疾病等のため ☒ 介護者が就労しているため ☐ 介護者が育児等しているため ☒ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため ☐ 居宅介護サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい ☒ 介護者の身体的、精神的負担が大きい ☐ 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日 頃退院(退所)予定) ☐ その他							
担当の居宅介護支援事業所		事業所の名称 〇〇居宅介護支援事業所 事業所の連絡先 026-□□□-△△△△ 担当者 〇×太郎																			
健康保険		種類	後期高齢者																		
年金の種類等		種類																			
居宅サービス(介護予防を含む)等の利用状況等		☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☒ 福祉用具貸与 (ベット一式、車いす) ☒ 通所介護 ☐ 通所リハ ☒ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ (看護)小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 ☐ その他()																			
		【地域支援事業】 (訪問介護相当・訪問型サービスA) (通所介護相当・通所型サービスA)																			
		(前月の介護保険利用実績 30210 単位) (直近3カ月の平均 29853 単位)①																			
		(支給基準限度額 36217 単位)② ①/②×100=(在宅サービス利用率 82.4 %)																			
		利用時間	☐ 午前8:00~午後6:00(日中) ☐ 午後6:00~午後10:00(夜間) ☐ 午前6:00~午前8:00(早朝) ☐ 午後10:00~午前6:00(深夜) ☐ : ~ : ☐ : ~ :																		
現況及び医療状況		☒ 自宅 ☐ 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日 ~ ☐ 経管栄養(鼻腔・胃瘻) ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 痰吸引(回位/day) ☐ その他() 〔喫煙・飲酒の有無〕 喫煙 ☐ 有 ☒ 無 飲酒 ☐ 有 ☒ 無 〔現在治療中の病名〕 ()																			

