

あすかケアホーム入居申込書

(軽費老人ホーム・地域密着型特定施設入居者生活介護)

申込書記入日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
--------	----------	-----	----------

申込者 (受付後の連絡先、書類の送付先となります。)	
氏 名	続柄 ()
住 所	〒 -
電話 1	() 自宅・携帯・職場
電話 2	() 自宅・携帯・職場

あすかケアホームに入居したいので下記の通り申し込みます。

入居希望者の状況	
フリガナ	性 別 生 年 月 日
氏 名	男・女 明・大・昭 年 月 日 (歳)
要介護度	要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5
保険者番号	被保険者番号
認定期間	平成/令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
現住所	〒 -
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で 1 人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 入院または入所中 入院または入所中の方は下記を記入してください。 病院名・施設名： 種類：病院・特養・老健・() 入院または入所時期： 年 月 日からしている
世帯・介護者状況	世 帯 <input type="checkbox"/> 1. 独居 <input type="checkbox"/> 2. 高齢者夫婦 <input type="checkbox"/> 3. 1, 2 以外の世帯 ()
	介 護 者 <input type="checkbox"/> 1. 介護者なし <input type="checkbox"/> 2. 主介護者のみ <input type="checkbox"/> 3. 2 以外にも介護者あり
	介護者は <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他
	介護者の健康状態 <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 健康に不安がある <input type="checkbox"/> 健康に不安はない
他施設申込状況	入居希望者との関わり <input type="checkbox"/> 関われる時間は最低限 <input type="checkbox"/> 関われる時間がある
	<input type="checkbox"/> 1. 他施設にも申し込みをしている <input type="checkbox"/> 2. 他には申し込みはしていない
	待機している施設は <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他
希望時期	他施設の待機期間は <input type="checkbox"/> 3 年以上 <input type="checkbox"/> 1 年以上 <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 3 カ月以上
医療状況	<input type="checkbox"/> 1. 決まれば今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 2. その時の状況で決めたい <input type="checkbox"/> 3. 急がない
	現病・既往歴： 感染症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()
かかりつけ医：	

あすかケアホーム入居申込書（裏面）

入居希望者の身体状況等						
移 動	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 独 歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
食 事	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
	主食形態	<input type="checkbox"/> 常 食	<input type="checkbox"/> 軟 飯	<input type="checkbox"/> （ ）分粥	<input type="checkbox"/> 全 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
	副食形態	<input type="checkbox"/> 常 菜	<input type="checkbox"/> 軟 菜	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	紙オムツ等	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 紙オムツ		
	排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
認知症	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り 症状： <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 その他気になる症状：					
その他	その他生活上注意していること：					

介護サービス利用状況			
居宅介護支援事業所		介護支援専門員名	
利 用 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回／日	回／週
	<input type="checkbox"/> 通所介護	回／週	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	日／月	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	利用状況	<input type="checkbox"/> 限度額に対して（ ）割程度使用 <input type="checkbox"/> 限度額を超えている	

年間の収入（該当項目に○）	
国民年金 ・ 老齢基礎年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 恩給 ・ その他（ ）	
不動産（家賃など）収入	総額… _____

あすかケアホームへの要望

- 【添付書類】**
- 介護保険被保険者証
 - 住民票
 - 前年の収入額がわかるもの（年金の源泉徴収票・市県民税所得課税証明書 等）
- 【注意事項】** ◆あすかケアホームは、地域密着型サービスの施設となっており、原則として益田市在住の方が対象となります。
- ◆この入居申込書の他に、入居時に主治医の診断書や情報提供書等が必要となります。
- ◆この入居申込書の提出で、入居が決定するものではありません。入所判定会議の結果により、入居の決定・ご連絡となります。
- ◆入居決定までの待機期間中、近況調査のためにご連絡させていただくことがあります。

注意事項について理解し、この申込書に事実と相違が認められた場合、判定会議等により入居不適合と判断された場合には、申し込みを取消されても異議がないことを誓約します。	
令和 年 月 日	申込者氏名
	印