

あすなろの郷(浦和) 入居申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

申込者	住所	〒 -		
	(ふりがな) 氏名	本人との関係		
	電話番号	自宅 携帯	緊急連絡先(勤務先等)	

本人の状況	(ふりがな) 氏名	Tel - -		性別	保険者		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 -		要介護認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	
	本人が入院中・入所中であるか否か	1. 入院・入所中である 具体的に〔 施設名 所在地 電話番号 〕 2. いいえ					
	日常生活の状況	食事	自立・一部介助・介助	更衣	自立・一部介助・介助		
		排泄	自立・一部介助・介助	移動	自立・一部介助・介助		
		入浴	自立・一部介助・介助	補助具使用()			
				認知症の有無	有・無		
	現在利用している在宅サービスの状況 ※該当する番号を○で囲んでください。	1. 訪問介護(ホームヘルパー)	2. 訪問入浴介護	3. 訪問看護	4. 訪問リハビリテーション	5. 通所介護(デイサービス)	6. 通所リハビリテーション(デイケア)
						7. 短期入所生活介護	8. 短期入所療養介護
					9. 福祉用具貸与・福祉用具購入	10. その他()	
認知症等による不応行動	1. 非常に多い 2. やや多い 3. 少しあり 4. なし						
健康状態	【主な既往歴】 【現在治療中の病気等】						
入居を希望する理由 ※該当する番号を○で囲んでください。	1. 介護者がいない。 2. 介護者はいるが、高齢である。 3. 介護者はいるが、障害や疾病があつて十分な介護が困難である。 4. 介護者はいるが、他の家族の看護や育児等もしなければならず、十分な介護が困難である。 5. 主たる介護者が、複数名の介護をしている。 6. 主たる介護者はいるが、就業していて、十分な介護が困難なため。 7. 医療施設に入院又は介護保険施設に入所中であるが、特別養護老人ホームに移りたい。 8. その他 ()						

介 護 の 状 況	主 た る 介 護 者	(ふりがな) 本人との関係		性別		
		氏名		男 ・ 女		
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)		
		同居・別居の 区分	1. 同居 2. 別居 「別居」の場合は住所			
		介護者の 状況	主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか		介護困難・多少介護可能・介護可能・なし	
			主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある		常時の育児看護が必要・半日育児看護が必要・ 時々育児看護が必要・なし	
主たる介護者が複数名の介護をしている			介護困難・多少介護可能・介護可能・なし			
主たる介護者の就労の状況			8時間以上又は高齢で就労困難 4時間以上8時間未満 ・ 4時間未満 ・ なし			
従 た る 介 護 者	(ふりがな) 本人との関係		性別			
	氏名		男 ・ 女			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)			
	従たる同居介護者の介護の可能性		1. いない 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能			
	別居している身内による介護の可能性		1. 身内はいない 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能			
	介護開始期間 (介護期間)	昭和・平成	年 月 日から(年 月)			
主たる介護者の健康状況		主たる介護者家族の健康状況				
良好 不良()		良好 不良()				
そ の 他	入居を希望する時期	1. 今すぐ入居したい 2. 年 月頃までには入居したい (2. の場合はその理由)				
	入居申込の状況	1. 当施設のみ申し込んでいる。 2. 他の施設にも申し込んでいる。 2. の場合はその具体的状況				
	所在地					
	施設名					
	申込時期	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
私は、入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名: _____						

※ 申込に際しては、①介護保険被保険者証のコピー、②サービス利用票のコピー ③減額認定証のコピーの3種類の資料を添付してください。

なお、②のサービス利用票のコピーは、在宅サービスを利用されている方について、直近3ヶ月分を添付してください。

また、現在、介護保険施設に入所、あるいは医療施設に入院している方についても、入所・入院前に在宅サービスを利用していた方は、その当時の最後の3か月分のコピーを添付してください。

※ この申込書を提出した後、他施設に入所することが出来たなどの理由によって、当施設への入居の必要性がなくなった場合は、その旨を速やかに連絡してください。

※ この申込書を提出した後、記載事項に変更を生じたときは、その変更内容を速やかに連絡してください。

お問い合わせ先	経営主体	社会福祉法人 あすなる会
	住 所	さいたま市緑区大字三室3029-3
	電 話(fax)	TEL048-810-5050 fax 048-810-6363