

入居申込者	ふりがな	ちゅうおう たろう				生年月日	昭和18年 3月 1日(70歳)	
	氏名	中央 太郎				性別	(男)・女)	
	住所	〒	104-0045			中央区民になった年月		
		中央区	入船4-1-1					
	連絡先	自宅	03-1111-2222			昭和 18年 3月		
		携帯電話	060-1111-2222					
	介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	要支援・要介護度	要支援2
	有効期間満了日	令和5年 4月 1日	更新・区分変更申請中の場合			申請日	年 月 日	
	負担割合	(1)・2・3)		健康保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()			
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	<input checked="" type="checkbox"/> いる →	事業者名	〇〇 介護サービス		氏名	京橋 一子	
	<input type="checkbox"/> いない	電話	03-3333-4444					
※入居申込者の状況を確認するために、当法人よりケアマネジャーへ連絡することに同意します。							<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
成年後見制度の利用	<input type="checkbox"/> ある →		後見人等氏名					
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		所属・関係					
			電話					
現在の住まい	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> その他()							
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院・施設の名称:						
	<input type="checkbox"/> 入居中	入院・入居期間:						
利用している介護・サービス内容	<input type="checkbox"/> デイサービス 週()回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週()回							
	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ 頻度(月1回、2~3日の使用) <input type="checkbox"/> 食配サービス							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 週()回・()時間 内容【 】							
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 週()回・()時間 内容【 】							
医療	<input type="checkbox"/> ある → (内容を具体的に記入)							
	<input checked="" type="checkbox"/> なし							
申請者	ふりがな	さくらがわ いちこ				連絡先	自宅03-1111-2222 携帯090-1111-2222	
	氏名	桜川 一子 (42歳)						
	住所	〒	104-0045			入居申込者との関係	長女	
家族欄	氏名(子・兄弟・姉妹等)	続柄	年齢	同居/別居	住所(同居は記入不要)	電話番号		
	中央 花子	妻	70	同居				
	桜川 一子	長女	42	同居		090-1111-2222		
	中央 一郎	長男	44	別居	千葉県千葉市中央区1-1-1	55-6666-7777		
	中央 京子	長男の嫁	40	別居	同上	同上		
	中央 次郎	弟	67	別居	中央区日本橋4-3-3	03-8888-9999		

※ 家族欄は同居していない家族についても記入してください。

認知症について	診断	<input checked="" type="checkbox"/> あり → <input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 (FTD) <input type="checkbox"/> その他 ()
	日常生活自立度判定基準	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
入居希望者の状況	入居申込をする理由	<p>例) 認知症がすすみ、夜間も家族を起こしています。 在宅での介護が困難と感じているため、入居を希望します。</p> <p>※ 具体的に理由を記入して下さい。</p>
	病歴	<p>例) 平成30年：認知症治療のため〇〇病院へ約3ヶ月入院</p>
介護環境	介護者状況 (当てはまる項目にチェックを記入)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護者がいるが、次の理由により介護が十分ではない
		(1) <input type="checkbox"/> 介護者が70歳以上、且つ同一住居内の世帯全員が70歳以上
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護1以上か、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている (介護者氏名 :)
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している (要介護者氏名 :) (要介護度 :)
(4) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労中である【フルタイム勤務・ <u>自営・パート勤務</u> 】 (介護者氏名 : 桜川 一子)		
(5) <input type="checkbox"/> (1)～(4)以外の理由で介護することが難しい (介護者氏名 :) (理由 :)		
その他 (特に知らせたいことや現在介護する上で困っていることがあれば記入して下さい)	<p>例) 同居しているのは中央太郎(本人)、中央花子(妻)、桜川一子(長女)です。 本人は認知症が進み、夜間も母や私を起こします。母は日中一緒にいますが、在宅での限界を感じています。私も普段はフルタイムで仕事をしていますが、夜間父に付き添うことで疲労感があります。</p> <p>※ 内容を詳しく記入して下さい。</p>	

要支援・要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

年 月 日

入居申込者氏名	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 自筆サインで記入して下さい。 </div>
代筆者氏名	

社会福祉法人わたなへる
 グループホーム **ロンジェ**
 〒104-0042
 東京都中央区入船1-1-13-6階