

# 特別養護老人ホームむべの里 入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 むべの里  
理事長 隅田 典代 様

申請者住所  
氏 名  
入居者との関係( )

私は、下記施設への入居を申込みします。

## 1. 入居希望施設

<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里 ⇒ I 地域密着(個室・多床室) II ユニット型(個室のみ)		
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里博愛園	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里岬	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里中山

## 2. 入居希望者の状況

利用者氏名	ふりがな	男・女	明・大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒					電話( ) -
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中					
収入状況	<input type="checkbox"/> 各種年金合計(年額 万円) <input type="checkbox"/> その他の収入(年額 万円) <input type="checkbox"/> 仕送り等(年額 万円)					
負担限度額認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 1段階 2段階 3段階 4段階 )		社会福祉法人減免 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
かかりつけの医療機関	主治医名 :					
現病名						
既往歴						
特別な医療の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 皮膚疾患( ) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )					
主治医の変更: <u>希望する・希望しない</u> 救急搬送: <u>希望する・希望しない</u> 延命: <u>希望する・希望しない</u>						

## 3. 現在の状況

介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 施設介護		期間: 年 月ごろから		
現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> その他( )
現在利用している施設介護サービス	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者専用住宅
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> グループホーム
施設名または病院名					
入所または入院期間	年 月 日 ~ ( )				
入所希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りなどがなく、介護する者もない。				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中により介護できない。				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、老老介護の為、将来的に十分な介護が困難。				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、多重介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい。				
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、住宅事情により自宅での介護が困難。				
	<input type="checkbox"/> その他( )				

主な介護者の状況	氏名:		性別: 男・女		生年月日: 明・大・昭 年 月 日	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹		<input type="checkbox"/> 甥・姪
		<input type="checkbox"/> その他( )				
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: )				
	意見	介護上で困っていることなど( )				
	他の親族・援助者等の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。				
		<input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい。				
	他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる。				
<input type="checkbox"/> 他施設にも申し込みをしている。( )						
介護支援事業所の利用状況	事業所名:		TEL: ( )			
	担当ケアマネージャー:					

#### 4. 身元引受人

引受人氏名1	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒					電話( ) -
続柄		勤務先				
引受人氏名2	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒					電話( ) -
続柄		勤務先				

#### 5. 個人情報提供等同意欄 ※同意にあたって以下の内容をご確認いただき、にチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 入居申し込みにあたり、施設の説明(サービス内容や事故発生リスクなどについて)の説明を受けました。
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里の入所の円滑化に資する為、入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村、または民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、または個人情報を提供することに同意します。
令和 年 月 日 氏名 _____

●受付担当職員( )

※入居の必要がなくなった場合には、必ずご連絡をお願い致します。