

受付日 年 月 日

新規申込・変更申込

施設長 殿

渋谷区指定介護老人福祉施設等入所申込書

入所するご本人の 生年月日 氏名 フリガナ 住所 渋谷区 介護保険被保険者番号 要介護状態 要介護5・要介護4・要介護3・要介護2・要介護1

連絡者① 氏名 フリガナ 続柄 住所 電話① 電話② 連絡者② 氏名 フリガナ 続柄 住所 電話① 電話②

ケアマネジャー又は地域包括支援センターの担当者がある場合は必ず記入してください。

ケアマネジャー 地域包括支援センター 事業所名 地域包括支援センター名 担当者名 担当者名

《希望する施設を○で囲み、区内施設は()内に希望順位をご記入ください。》 ※お申込みの際は、事前に施設へ連絡の上、お申込みください。

Table with 3 columns: (希望順位), 区内施設(複数選択可), 区外協力施設(複数選択可). Lists various care facilities like 'けやきの苑', 'あやめの苑', etc.

★総合ケアコミュニティ・せせらぎは保険者が「渋谷区」の方が対象となります。

※聖明園寿荘は言老人専門の施設です。

①ご本人の生活場所 (該当する項目を○で囲んでください。) ②ご本人の状態 (該当する項目を○で囲んでください。) 医療処置 病歴 施設記載欄 ※区分変更中 はい・いいえ

私は、渋谷区指定介護老人福祉施設入所に関する指針の内容について説明を受け、入所申込みから入所決定までの手続を理解しました。 私は、本書記載内容について事実と相違ないことを誓約し、事実と異なる内容があった場合、施設において訂正を行うことに同意します。

裏面も記入してください

渋谷区指定介護老人福祉施設等入所申込書

ご本人、介護者の方についてお伺いします。必要事項を記入又は該当する項目を○で囲んでください。

入所希望理由

※ 要介護1又は2の方はお答えください。

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。ご自身の判断で該当すると思われる項目にチェック☑をしてください。

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が疑われること等により、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。

認知症高齢者の日常生活自立度
(該当する項目を○で囲んでください。)

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

※記入漏れがある場合には、ポイントに反映されないことがありますので、必ずご記入下さい。
 ※申込書には、必ず本人の介護保険被保険者証の写しを添付してください。
 ※申込者の都合により入所を辞退された場合は、特別な事由がある場合を除き、その施設の名簿から削除いたします。

2. 表面①「ご本人の生活場所」にて自宅又はサービス付き高齢者向け住宅を選んだ方は以下の設問にお答えください。

ご家族の状況について

① 介護する人がいる ② 一人暮らしで、介護する人が全くいない

①家の立ち退き求められていますか

① 求められていない ② 求められている

「求められている」を選んだ方は以下にお答えください。 ↓

②立ち退き後に戻るところがありますか

① 戻るところがある ② 戻るところがない

1. 表面①「ご本人の生活場所」にて病院又は高齢者施設を選んだ方は以下の設問にお答えください。

ご家族の状況について

① ※身寄りがある ② 身寄りがない

①退所・退院を求められていますか

① 求められていない ② 求められている

「求められている」を選んだ方は以下にお答えください。 ↓

②退所後に戻るところがありますか

① 戻るところがある ② 戻るところがない

③介護のために1週間に1回以上、本人が入所(院)している施設に通っていますか

① はい ② いいえ

※身寄りがあるとは相談、手続き等で対応ができる親族がいる場合をいいます。

「ご家族の状況について」にて「①介護する人がいる」を選んだ方は以下にお答えください。

主に介護をしている方について

氏名 _____ 続柄 _____ 生年月日 M T S H 年 月 日

住所 _____

①介護のために通う時間が片道1時間以上ですか はい・いいえ

②他の人を介護していますか はい・いいえ

③小学生以下の子どもを育児していますか はい・いいえ

④体の具合が悪く1週間に1回以上通院し治療していますか はい・いいえ

⑤身体障害者手帳・愛の手帳や⑥医療券(難病医療)を持っていますか はい・いいえ

⑥介護保険で「要介護」又は「要支援」と認定を受けていますか はい・いいえ

⑦1週間に3回以上働きながら介護をしていますか はい・いいえ

⑧介護を手伝う人がいますか はい・いいえ

その方の氏名 _____ 続柄 _____

表面も記入してください