

社会福祉法人まこと 入所申込書

申請者 氏名 _____ 続柄 _____
 〒 _____
 申込日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 住所 _____
 受付職員名 _____ 電話 (____) _____

入所希望施設 (複数選択可。但し、しあわせの家寒川については四国中央市の被保険者に限り)

- 特別養護老人ホーム しあわせの家
 地域密着型特別養護老人ホーム しあわせの家 寒川

フリガナ名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
住所	〒 _____			電話番号	(_____)	
保険者	四国中央市			認定年月日	年 月 日	
被保険者番号	0000			有効期限	年 月 日から	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				年 月 日まで	
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所の利用有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 居宅介護支援事業所 (_____) 担当ケアマネ (_____)					
他施設への申し込み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設へも申し込む (施設名: _____)					
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内または近隣に家族がいる) 在宅サービスの利用有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (利用ありの場合その内容: <input type="checkbox"/> 施設 (病院・老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他) 施設 (病院) 名: _____ 退院 (退所予定) 日 年 月 日					
介護者の状況		あり ・ なし			入所希望の理由 (該当するものを全てご記入下さい)	
主たる介護者	氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 生活のため仕事に就いているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 未就学の子や孫がいるので介護が困難 <input type="checkbox"/> 病気や障害などで介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の者を介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	住所					
	生年月日	年 月 日				
	年齢	歳				
従たる介護者	氏名			入所時期の希望		
	住所			<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要になった時に入所したい		
現時受けている医療の状況	現在治療中の病気など、分かる範囲でご記入下さい					

入所申込に際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します

1. 入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
2. 市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。
3. 特例入所の申請の場合、その事由を別紙にて提出すること
4. 特例入所事由を市町村が認めない場合には申請が却下されること

入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名 (本人または代理人) _____ 印

(添付書類)

1. 介護保険証のコピー 2. 認定資料提供に関する本人同意書 3. 入所判定に係る調査同意書

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書(事業者等用)

年 月 日

四国中央市長 様

住所 四国中央市豊岡町大町 2786-2

業所名 社会福祉法人まこと

代表者氏名 理事長 三宅 紀文

電話番号 0896-28-2871

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

被保険者の氏名等	別紙 認定情報提供等対象者名簿のとおり
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】

被保険者の氏名等	氏名 生年月日 被保険者番号
提供を受けようとする情報	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

私は、四国中央市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

本人同意欄	氏名	印	代筆者	氏名 本人との関係 ()
-------	----	---	-----	------------------

遵守事項

- 1 提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。
- 2 提供を受けた情報は、本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせたり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。
- 4 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。
- 5 市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

	請求者確認	情報提供年月日	受付印
処理欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 交付 ()	
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発送 ()	

入所判定に係る調査同意書

特別養護老人ホーム しあわせの家
地域密着型特別養護老人ホーム しあわせの家 寒川

私どもは、貴施設への入所申請にあたり入所判定に係る調査に貴施設職員が赴くことに同意いたします。

令和 年 月 日

入所希望者本人

住所 _____

氏名 _____ 印

入所申請者

住所 _____

氏名 _____ 印

入所申請者各位

当施設は、この同意書をもとに入所判定に係る調査をいたしますが、その調査の際に得た入所希望者また入所申請者の情報については、入所判定以外に使用いたしません。

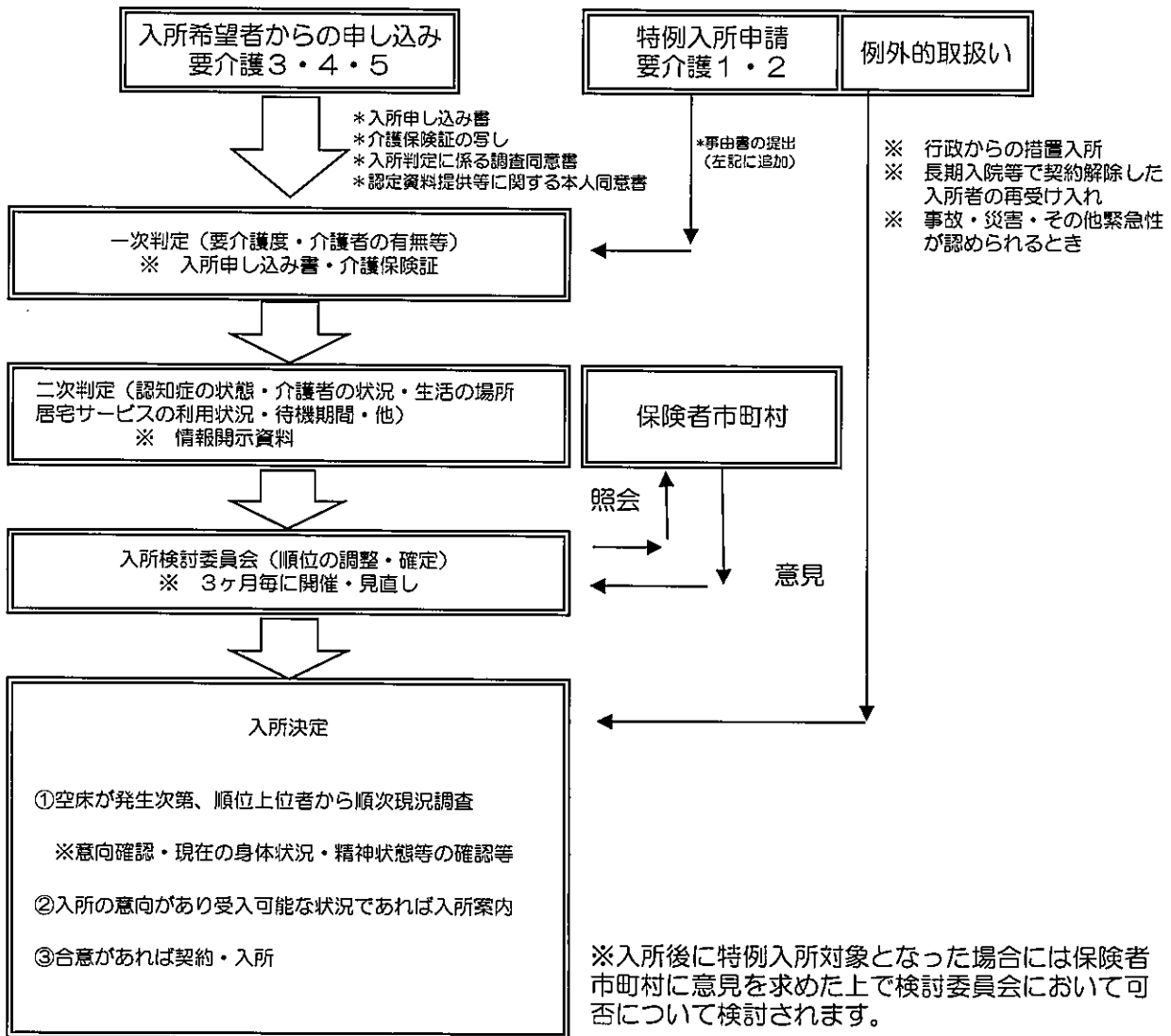
特別養護老人ホーム しあわせの家 施設長
地域密着型特別養護老人ホーム しあわせの家 寒川 施設長

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 入所基準について

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所は、指定介護老人施設の人員、設備及び運営に関する基準第7条2項に基づき、介護の必要性の程度及び家族の状況を勘案し、施設サービスを受ける必要性が高いと認められる方から、優先的に入所していただくこととなっています。また、原則として要介護3以上でなければ入所ができないこととなっており、要介護1及び2の方については、やむを得ない事由が認められた場合にのみ入所申込みを受け付けることとなります。

しあわせの家・しあわせの家寒川 入所基準の概要 (入所判定の仕組み)

しあわせの家・しあわせの家寒川では、施設サービスを受ける必要性が高いと認められる方を優先的に入所していただくために、下記の要領で判定が行われます。また、入所検討委員会では判定の透明性・公平性を確保するため、両施設の職員以外の第三者を加えて構成されています。



※ ご不明な点がございましたら「特別養護老人ホーム しあわせの家」までご連絡ください。
TEL 0896-28-2871

特別養護老人ホーム しあわせの家
地域密着型特別養護老人ホーム しあわせの家寒川
入所検討委員会