

社会福祉法人 梓友会

施設入居申込兼希望調査票

- この申込書の提出後に、介護者の状況や本人の状況に変更が生じた場合、要介護認定を更新した場合、要介護認定区分が変更となった場合にはご連絡をお願いします。
- 本調査票1通により、梓友会の複数の施設への申し込みが可能です。

記載年月日 令和 年 月 日

1：入居希望者 ご本人のお名前等 (本申込書は、記載日より2年間有効とします)

(フリガナ) お名前		性別 男・女	生年月日 (T・S・H) 年 月 日	保険者(市町村名)
ご住所	〒			電話・携帯等:
被保険者番号		介護度	1・2・3・4・5	
有効期間	H・R 年 月 日 から		H・R 年 月 日 まで	

【添付書類】

①「介護保険被保険者証」の写し

2：ご家族等、申込に関するご連絡先

(フリガナ) お名前		連絡先 (希望される方の住所と同じ場合は、「同上」と記載) 〒
	続柄()	電話・携帯等:

3：梓友会5施設のうち、どの施設への入居を希望しますか。ご希望の順を記載願います。

施設名	開設年/建物の状況	居室の状況	ご利用料概算	ご希望の順位
下田市加増野 梓の里	・平成元年7月開設 鉄骨地上3F・約3千㎡	80床 多床室21、従来型個室5	概ね 7~18万円程度	1・2・3・4・5 ・希望しない
南伊豆町湊 みなとの園	・平成11年12月開設 鉄骨地下1F/地上3F・約3千㎡	50床 多床室11、従来型個室6	概ね 7~18万円程度	1・2・3・4・5 ・希望しない
西伊豆町仁科 太陽の里	・平成13年11月開設 鉄骨地上2F・約1.5千㎡	30床 多床室5、従来型個室10	概ね 7~18万円程度	1・2・3・4・5 ・希望しない
下田市吉佐美 みくらの里	・平成17年2月開設 RC 地上3階・約6千㎡	80床 新型ユニット式 全室個室(トイレ付)	概ね 8~26万円程度	1・2・3・4・5 ・希望しない
南伊豆町加納 エクレシア	・平成30年2月開設 耐火木造一部RC造地上3階	90床 新型ユニット式 全室個室(トイレ付)	概ね 8~26万円程度	1・2・3・4・5 ・希望しない

4：入居を希望する時期について、あてはまる項目に印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 1. すぐに入居したい	<input type="checkbox"/> 3. 将来的には入所をしたい
<input type="checkbox"/> 2. 6か月以内には入所したい	

5：本人の状況について、ご記入ください。

1.認知症の状況 (有・無) 認知症日常生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 認知症の具体的症状 ()
2.居宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 担当のケアマネがいる (事業所名:) サービス内容、頻度()
3.知的障害、精神障害等の状況(※1) 手帳の交付 (有・無) 障害名、等級()
4.胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、たんの吸引、褥瘡の処置、その他()等の医療的ケアを要する。

【添付書類】

3に該当する場合は、手帳の写し(※1)

※裏面へも記入をお願いします ⇒

6：介護者等の状況

主たる介護者状況で、該当する項目1つにチェックし、必要事項を記載してください。

1. ひとり暮らしで、介護者がいない。

2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより介護が困難
 要介護状態区分：() 病気療養中：() 障害の等級等()
 介護が困難な状況：

3. 介護者が要支援状態又は高齢であることにより介護が困難
 要支援状態区分：(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢：(歳)
 介護が困難な状況：

4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難
 介護が困難な状況：

5. 複数人を介護しているため、介護が困難
 申込者以外の介護の状況

6. 介護者が就労または育児をしているため、介護が困難
 就労の状況 (週 回)(1日当たり 時間) (夜勤： 有 無)
 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度： 常時 半日程度 臨時的)

7. 上記以外の状態で介護が困難
 介護が困難な状況：

7：施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、
 サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設(介護付きの施設は 2 へ)
 施設名：
 入居年月日： 退所希望の有無：

2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、
 1 のうち介護付きの施設、病院
 施設名：
 入居年月日： 退所希望の有無：

8：要介護1又は2の方のみご回答ください。

特 例 入 所 要 件 (複 数 回 答 可) <small>(該 当 す る 口 に チ ェ ッ ク)</small>	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅において日常生活を営むことが困難である。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅において日常生活を営むことが困難である。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅等の利用に関する状況等から、居宅において日常生活を営むことが困難なことに ついてやむを得ない事由がある。※ 下記備考欄に事由について記載願います。
	※ 医師の診断書等の書類提出を求める場合があります。 備考

※施設記載欄

<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 削除[事由 <input type="checkbox"/> 逝去 <input type="checkbox"/> 取下 <input type="checkbox"/> 期限切 <input type="checkbox"/> 他]	登録日	受付施設 相談員	受付施設 管理者	登録施設 相談員	登録施設 管理者