

他施設 への 申込状況	申込済み 施設	() () () () () ()
	申込予定 施設	() () () () () ()

該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入してください)	<input type="checkbox"/> 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。	入居を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細はその他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> 〃 高齢、障害、疾病等のため
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。		<input type="checkbox"/> 〃 就労しているため
	<input type="checkbox"/> 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"/> 〃 育児等しているため
			<input type="checkbox"/> 〃 不在となる時間があり、不安を抱えているため
			<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため
			<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため
			<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日頃退院(退所)予定)
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		<input type="checkbox"/> その他詳細
	担当者		
		入居希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ

その他入所判定にあたって配慮してほしい事項	
-----------------------	--

医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

介護保険に関する証書類	※複数選択可 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------	---

年金の種類等	種 類	
	1カ月の年金額	

本人意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解不能
------	---

認知症高齢者の日常生活自立度がわかればご記入ください	<input type="checkbox"/> ランクⅠ <input type="checkbox"/> ランクⅡ <input type="checkbox"/> ランクⅢ <input type="checkbox"/> ランクⅣ <input type="checkbox"/> ランクM
----------------------------	---

説明確認欄	私は入居に際し、入所申し込みから契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 年 月 日 氏名
-------	---

※添付書類 ○直近3か月分の「サービス提供票」「サービス提供表別表」