

特別養護老人ホームなのりの杜・杜2号館・里 入居申込書

※管理番号:

申込日 令和 2 年 8 月 1 日

特別養護老人ホームなのりの杜・杜2号館・里 施設長 様

施設希望	御希望	申込者 ☐ ご本人 ☒ ご家族 ☐ 代理人	住所	〒020-0001 岩手県盛岡市上米内名乗沢1番地58	
ユニット型			ふりがな	なのり たろう	本人との続柄
従来型	○		氏 名	名乗 太郎	長男
※ 盛岡市以外の方	○		電話(自宅)	019-(665)-1300	
			携帯電話	090-0000-1234	

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

ふりがな	なのり じろう				性別	☒ 男 ☐ 女	年齢	93 歳
ご本人の氏名	名乗 次郎				生年月日	大正 15 年 1 月 1 日		
本人の現住所	〒020-0001 岩手県盛岡市上米内名乗沢1番地58				電話番号	019-(665)-1300		
郵便等の送付先	☐ 同上	☐ 上記以外	住所 〒					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				保険者	盛岡市	
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: ☐ 可 ☐ 不可						
		☐ 要介護3 ☒ 要介護4 ☐ 要介護5						
	認定期間	平成 31 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 31 日						
介護負担割合証	1 割		介護保険負担限度額認定証	第 4 段階				
介護者の状況	ふりがな	なのり はなこ			性別	☐ 男 ☒ 女	続柄	妻
	氏名	名乗 花子			生年月日	昭和 8 年 2 月 2	年齢	86歳
	居住状況	☒ 同居 ☐ 別居(住所)						
	疾病	☐ あり(具体的な症状や治療の頻度) ☒ なし						
	就労	☐ 働いている ☐ 自営業 ☐ 会社等勤務(☐ 常勤 ☐ パート等) ☐ その他()						
		☒ 働いていない(☐ 介護に専念 ☒ 高齢 ☐ 健康不安 ☐ その他()						
複数介護	☐ 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) ☒ なし							
指定居宅介護サービス	☐ 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) ☒ 利用していない							
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所							
	上記サービスの週当たりの利用日数	☐ 1~2日 ☐ 3~4日 ☐ 5~7日						
住居環境	住居形態	☐ 戸建住宅(☐ 平屋 ☐ 2階建)		☒ アパート・マンション(3 階/エレベーター ☒ 有 ☐ 無)				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)						
退院・退所後の在宅生活	病院名施設名	名乗沢病院			電話番号	019-(665)-1300		入院等の時期(令和 2 年 7 月頃)
	退院等の見込み	☒ 退院(所)を勧められている ☐ 退院(所)したい(☐ 病気が治った ☐ 金銭負担が重い)						
	在宅生活困難の理由	介護者の妻が高齢の為、身体的負担により介護困難。						
医療的処置の状況	現病名や既往歴	令和2年7月に脳梗塞により入院。 糖尿病、高血圧症						
	医療的処置の状況(該当者)	☐ 経管栄養 ☐ たんの吸引 ☐ 人工肛門 ☐ インスリン注射 ☐ カテーテル留置 ☐ 酸素療法 ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ その他()						
参考事項	居宅介護支援事業所名	名乗居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー	上米内 花子		
	他の施設への申込	☐ 当施設のみに申込み ☒ 他の施設にも申込んでいる ☐ これから他の施設にも申込み						
		※既に申込んでいる施設名: なのり荘、米内苑						
	入居時期の希望	☒ 今すぐにも入居したい ☐ 年 月頃まで入居したい				生活保護	有 ☒ 無	
年金種別	厚生年金、遺族年金		本人の月収額	25 万 円				

注)介護保険の被保険者証、介護保険負担割合証(写)をご持参の上、施設に提示して下さい。