

特別養護老人ホームモデラート・ショートステイモデラート 入所申込書

申込書記入日 令和 年 月 日

入所希望者の状況(入所を希望される方の状況)				
(フリガナ)		保険者		
氏 名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女	
現 住 所	〒 ()			
要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 (認定有効期間:令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)			
負担割合	☐ 1割負担 ☐ 2割負担 ☐ 3割負担			
減額認定	☐ 第4段階 ☐ 第3段階② ☐ 第3段階① ☐ 第2段階 ☐ 第1段階			
現在の介護	☐ 自宅で1人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成: _____ ☐ 入院(所)中(☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他) ※病院名又は施設名: _____ ※入院(所)時期: 年 月から _____ ☐ その他()			
入所を希望する理由	☐独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 ☐介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 ☐介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 ☐他にも介護をしなければならない家族がいる。 ☐居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 ☐病院や他の施設から退所を求められている。 ☐介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 ☐その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください。 () ※該当するものすべてを選んでください。 要介護1又は2(特例入所)の方は、以下の該当するものにレ印をつけてください。 (特例入所の該当要件) ☐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等が頻繁に見られる。 ↳ 該当するものに☒ ☐認知症 ☐知的障害 ☐精神障害 ☐その他() ☐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。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 ()			

医療的措置 の状況 ※該当するもの すべてを選んで ください。	☐ 胃ろう ☐ 人工肛門(ストマ) ☐ 尿管カテーテル ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ 経管栄養 ☐ 現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること
特養の希望 入所時期	☐ 今すぐ特養への入所を希望する ☐ できれば早い時期に特養への入所を希望する ☐ 急ぎではないがいずれ特養に入所したい
特養入所 までの間	特養にご案内するまでの間のご意向をお伺いします ☐ 特養に入所するまで、在宅で生活する ☐ 特養に入所するまで、病院・老健に入所する ☐ 特養に入所するまで、ショートステイモデラート※に入所する ※ショートステイモデラートは特養と同じサービスを受けることができます。また、長期間のご利用も可能です。
他施設への 申込状況	☐ 申込なし ☐ 申込(予定)あり ※施設名
その他 ご希望等	(施設に対するご希望等ございましたらご自由にご記入ください)

申込者欄(入居希望者のご家族様について)			
(フリガナ)		本人との 続柄	
氏 名			
住 所	(郵便物の送付や施設からの連絡先)※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。 〒 自宅 ☎ () 携帯 ☎ () 連絡可能な時間帯等：		

◎可能であれば、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証のコピーをご提出ください。提出が難しい場合は結構です。

※本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。

【入居申込書の提出先】

〒370-0024 群馬県高崎市八幡原町1009-30 特別養護老人ホーム モデラート
ご郵送いただいても、ご持参いただいても、どちらでも結構でございます。