# サービス付き高齢者向け住宅
# さくらの杜【利用申込書】

**ご利用を希望されるサービスにレ点を打ってください。**

| | |
|---|---|
| 申込日 | 年　月　日 |
| 受付日 | 年　月　日 |
| 受付者 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 入居希望者 | ふりがな | | 性別 | 男・女 | 生年月日<br>明・大・昭　年　月　日<br>（　歳） |
| | 氏　名 | | | | |
| | 住　所 | 〒　－<br>（Tel　）<br>（Fax　）<br>（携帯　） | | | |
| 被保険者番号 | | | 要介護度 | 申請中　自立　要支援1　要支援2 | |
| 保険者の名称 | | | | 要介護　1　2　3　4　5 | |
| 認定の有効期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申込者 | ふりがな | | 入所希望者との続柄 | |
| | 氏　名 | | | |
| | 住　所 | 〒　－<br>（Tel　）<br>（Fax　）<br>（携帯　） | | |
| 第二連絡先 | ふりがな | | 入所希望者との続柄等 | |
| | 氏　名 | | | |
| | 住　所 | 〒　－<br>（Tel　）<br>（携帯　） | | |

※　第二連絡先は勤務先でも結構です

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **身元引き受け者（連帯保証人就任予定の方）** | | | | | |
| 主たる介護者 | ふりがな | | 同居の区分<br>☐ 同居<br>☐ 別居 | 入所希望者との続柄等 | |
| | 氏　名 | | | | |
| | 住所（別居の方はご記入ください） | 〒　－<br>（Tel　）<br>（Fax　）<br>（携帯　） | | | |
| お気持ちをお書きください | 【介護をしている上で困っている事等】 | | | | |
| 待機場所 | 現在の居場所をお書きください。 例） ○○病院入院中　ショートステイ施設<br>⇒ | | | | |

| 担当<br>ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | 居宅介護支援事業所名（　　）<br>ケアマネージャー名（　　） |
|---|---|

※該当するものにレ点をお願いします。

| | | |
|---|---|---|
| 入所希望者の状況 | 現　況 | □自宅で一人で暮らしている。 □自宅で家族と暮らしている。<br>□施設や病院に入っている。<br>「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。<br>◇施設名又は病院名：（　　）<br>◇入所又は入院時期：令和　　年　　月から入所・入院している |
| | 入所を希望する理由（該当するものを全て選んで下さい。） | □介護する者がいないため。<br>□介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。<br>□介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。<br>□介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。<br>□居住環境の事情により十分な介護が困難なため。<br>□施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。<br>□その他（　　） |
| | 入所希望時期 | □今すぐ入所したい　□令和　　年　　月頃までにしたい |
| | 医療の状況 | 【現在治療中の病気・特記事項等】 |
| | 認知症等による 問題行動 | □ 徘徊　□ 不潔行為　□ 不穏行動　□ 火の不始末<br>□ 昼夜逆転　□ 異食行動　□ 自傷行為　□ 暴力行為<br>□ 被害妄想　□ その他（　　） |
| | 頻度 | □ ほとんど毎日　□ 週3～4回程度<br>□ 週1～2回程度　□ 月数回程度 |
| | 認知症老人の日常生活自立度 | 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ⅴ |
| | 食事摂取 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 排　尿 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 排　便 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 入　浴 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 歩　行 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 衣服着脱 | □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 |
| | 視　力 | □ 普通　□ やや見えにくい　□ かなり見えにくい　□ 全く見えない |
| | 聴　力 | □ 普通　□ やや聞こえにくい　□ かなり聞こえにくい　□ 全く聞こえない |
| | 意志の伝達 | □ 普通　□ やや伝えにくい　□ かなり伝えにくい　□ 全く伝えられない |

**申し込みに必要な書類（複写で結構です）**

- （介護保険）被保険者証
- （介護保険）認定調査票（現況調査・基本調査）
- （介護保険）認定調査票（特記事項）
- （介護保険）医師意見書

担当のｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰさんにご相談ください。