



まずは、あなたの笑顔から

あおば厚生医療福祉グループ

Aoba Medical & Welfare Group

指定介護老人福祉施設

住宅型有料老人ホーム

日中サービス支援型共同生活介護

入居申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人あおば厚生福祉会

特別養護老人ホーム茂庭台あおばの杜

特別養護老人ホーム中野あおばの杜

ナーシングホームリアップ茂庭台

グループホームりあっぷ茂庭台

社会福祉法人富谷福祉会

特別養護老人ホームアルシュ富谷

施設長殿

申込者（連絡先）

住所	〒 _____ _____	携帯番号 電話番号
(フリガナ) 氏名		続柄（入居希望者との関係） ()

特別養護老人ホーム (茂庭台あおばの杜 中野あおばの杜 アルシュ富谷)

住宅型有料老人ホーム (ナーシングホームリアップ茂庭台)

日中サービス支援型共同生活介護 (グループホームりあっぷ茂庭台) へ申し込みます

入居希望者情報	フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
	現住所	〒 _____ _____		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	電話番号	
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民保険 (後期) <input type="checkbox"/> 社会保険 (扶養) <input type="checkbox"/> 共済保険 (扶養) <input type="checkbox"/> その他 ()	被保険者 番号	
	年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 船員年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無受給	生活 保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	身体障害 者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (障害名) 交付 年 月 日 判定 級 種	障害 支援区分	区分 ()
	介護保険	被保険者番号	保険者名 (市町村)	
	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
負担 割合証	割負担	負担限度額 認定証	・ 食費の限度額 (その他) 円 ・ ユニット型個室 円	
入	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、 介護療養型医療施設、 病院等に入院 (入居) している			

居 希 望 者 情 報	現在利用 している 施設サー ビス等	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、 有料老人ホーム等に入居している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設又は病院に入居・入院している場合)		
		施設・病院名 住所		
		入居又は入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)	
主治医	病院名	主治医名	電話番号	

※申込みの際、介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、障害者手帳等を確認致します。

担当ケアマネジャー	氏 名	連絡先
担当相談支援相談員	事業所名	

家 族 や 住 居 等 の 状 況	◎入居を希望する理由をお尋ねします (該当する項目にチェックをしてください)			
	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族がいても疎遠であるなど介護するものがない			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠方にいる又は入院しているなどの状況にあり介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態や高齢などの状況にあり、十分な介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難である			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、就労しており十分な介護が困難である			
	<input type="checkbox"/> 介護する者の負担が、精神的・身体的に大きい			
	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住環境が適しておらず介護が非常に困難である			
	<input type="checkbox"/> 地理的に介護を受けるのが困難である			
	<input type="checkbox"/> 介護施設、病院等から退所(退院)を求められているが在宅での介護が困難である			
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください)				
◎主に介護をされる方についてお尋ねします				
(フリガナ) 氏 名		性別 男・女	M T S H	年 月 日 (歳)
同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話番号 (自宅・携帯・職場)		
	〒 _____	☎ _____		
	☎ _____			
入居希望者 との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者(妻または夫) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他 ()			
就労につ いて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(仕事の内容) <input type="checkbox"/> 就労したいが(しなければならないが)「介護」の為、就労できない			

家 族	◎家族構成についてお尋ねします					
	氏 名	続柄	生年月日	同居・別居	住所(市町村)	連絡先

構成						
その他	◎入居希望者の意向(入居希望者本人が申し込んでいる場合を除く)					
	<input type="checkbox"/> 入居希望者本人が特別養護老人ホームへの入居を希望している <input type="checkbox"/> 入居希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()					
	◎施設への申込状況					
	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設に申し込んでいる 件 施設名 ()					
その他	介護についてのご質問					
	医療についてのご質問					

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件のチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活が困難なため（行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる） <input type="checkbox"/> 知的・精神障害等を伴い、日常生活が困難なため（行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる） <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・安心の確保が困難なため <input type="checkbox"/> 単身世帯又は同居家族が高齢、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、地域介護サービスや生活支援の供給が不十分であり在宅生活が困難な状態の為 （指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由）

◎同意書	申込に際して、以下の内容に同意します
	1. 申込者と入居希望者が異なる場合、親族・関係者の代表として申込者を入居希望者の代理人とする事 2. ご本人の状況を詳しく把握する為、必要な場合は市町村から要介護認定に係る認定調査票の提供を行う事 3. 関連機関（居宅介護支援事業所・利用施設・医療機関）に情報提供を求める事
令和 年 月 日	本人又は代理人の氏名 印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度、心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込された施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

●グループ法人内の複数の施設入所を希望される場合

入居申込書及び個人情報が必要な範囲内で共有させていただきます。