（ケアタウン茶山　特別養護老人ホーム）

入　居　申　込　書

申込年月日		平成　　年　　月　　日			※受付番号		
入居される方	フリガナ 氏　名		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日（　　歳）		性別	男・女
	住　所	郵便番号（　　－　　）				電話番号	（　　）
	病院・施設入院・利用の場合	郵便番号（　　－　　）				電話番号	（　　）
	介護認定	申請（ 更新 ・ 変更 ）中 ・ 済			被保険者番号		
	要介護度	１・２・３・４・５			有 効 期 間		
	現在の住　居	□ 自宅　□ 老人保健施設　□ 療養型医療施設　□ 特別養護老人ホーム □ 養護老人ホーム　□ 軽費老人ホーム(ケアハウス)　□ グループホーム □ 有料老人ホーム　□ サービス付き高齢者向け住宅　□ 一般病院 □ その他（　　）					
		平成　　年　　月頃 より		施設名【　　】			
家族・相談者	フリガナ 氏　名		続　柄		備　考		
	連絡先1	郵便番号（　　－　　）				電話番号	（　　）
	連絡先2	郵便番号（　　－　　）				電話番号	（　　）
居宅介護支援事業者	事業所名				事業者番号		
	住　所	郵便番号（　　－　　）				電話番号	（　　）
	フリガナ 担当者名		備　考				
他施設の申込状況	施設名1		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
	施設名2		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
	施設名3		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
入居希望時期		□　今すぐ入居したい		□　平成　　年　　月頃入居したい			

【特例入居に関する要件】

入居される方が，**要介護1**又は**要介護2**の場合，***以下のいずれかに該当することが入居要件***となります。
該当する項目にチェックしてください。

- □ 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こと。
- □ 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等が頻繁に見られること。
- □ 家族等により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こと。
- □ 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こと。