

住宅型有料老人ホーム アンビケア入居申込書

住宅型有料老人ホーム アンビケア 施設長 殿

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ氏名		続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ氏名			男・女	明大昭	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話番号 ()				
介護保険	被保険者番号			要介護度 1 2 3 4 5	
認定期間	年 月 日から 年 月 日				
健康保険	種別			記号・番号	
年金等	種別				
現 況	☐ 自宅	病院又は施設	名 称		
	☐ 入院中		住 所		
	☐ 利用中	入院又は利用期間		年 月 日～	
心身状態	歩 行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ おむつ使用 ☐ なし ☐ 夜のみ ☐ 昼夜			
	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 [主食] ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ お粥 ☐ パースト食 [副食] ☐ 普通菜 ☐ 一口大 ☐ 刻み食 ☐ パースト食			
	入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	着 脱 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲			
	聴 力	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴			
	言 葉	☐ 普通 ☐ 少し不自由 ☐ 不自由			
	問 題 行 動	☐ 攻撃的行為 ☐ 自傷行為 ☐ 徘徊 ☐ 不穏行動 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ その他 ()			
	医 療 の 状 況	現在治療中の病気・特記事項			

利用を希望する理由 該当するものすべてを選んでください	☐ 身寄りがなく介護者がいないため ☐ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため ☐ 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため ☐ 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため ☐ その他（ ） 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】 ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 ☐ 家族等による深刻な虐待により、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ない ☐ 特記事項（ ）						
家族の状況	氏名 主介護者をチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	別居の場合 住所 電話番号	
	☐				☐ 同居 ☐ 別居		
	☐				☐ 同居 ☐ 別居		
	☐				☐ 同居 ☐ 別居		
	☐				☐ 同居 ☐ 別居		
	☐				☐ 同居 ☐ 別居		
利用を希望する時期	☐ 今すぐ利用したい ☐ 年 月頃までには利用したい						
申込状況	☐ 当該施設にのみ申込している ☐ 他の施設にも申し込みをしている （他の施設名 ）						
特記事項							

担当介護支援 専門員	氏 名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、利用申し込みの際し、 ☐ 利用順位の決定方法 ☐ 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること、 また入所判定時に必要な介護認定情報を取得することを施設から説明を受け、同意しました。 年 月 日 氏名：

※介護保険被保険者証、直近3カ月分のサービス利用票（提供票）及び別表の写しを添付してください。