

認知症対応型共同生活介護 利用申込書

施設名 <u>グループホーム キートス</u> 宛		申込日	令和 年 月 日
利用を希望するので、下記のとおり申込みます。		受付者	
入居希望者	ふりがな	性別	生年月日
	氏名		明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - TEL - -	
被保険者番号		かかりつけ 医療機関	
保険者番号			
介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
要介護状態区分	要支援 (2)		
	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
認定有効期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日		

申込者	住所	〒 - TEL - -	
	ふりがな	入居希望者との続柄	
氏名			
連絡先	住所	〒 - TEL - -	
	ふりがな	入居希望者との続柄	
	氏名		

現在の生活場所	1.自宅	2.施設
	3.病院	4.その他
担当者	居宅介護支援事業所 ()	
	担当ケアマネジャー ()	
	病院SW ()	

※申込書に添えて提出する書類

- 1.介護保険証 (写)
- 2.負担割合証 (写)
- 3.直近サービス利用及び別表 (写)

日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある → 特記すべき症状（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある
	移動・・・ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	用具： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	食事・・・ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ペースト食
	排泄・・・ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	形態： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	入浴・・・ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	種類： <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴

申し込み理由	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護サービス利用により安心した生活を送りたい
	<input type="checkbox"/> 認知症等により通常の見守り、介護が必要
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護が出来ない
	<input type="checkbox"/> 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難
	<input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが十分でない
	<input type="checkbox"/> 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> その他 困っている事や要望等

説明確認及び 情報収集に 係る同意	わたしは、事業所への利用申込みに際し、利用契約までの手続きを事業者から説明を受けました。
	なお、事業所が利用のために必要な範囲において、わたし（利用希望者及びその家族等）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。
	令和 年 月 日
	利用希望者 _____
	利用希望者の家族 _____