

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

地域密着型特別養護老人ホームたまゆら入所申込書

申込者	ふりがな		性別	入所希望者との関係				
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者		
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他				
				自宅電話 携帯電話				
入所希望者の状況	ふりがな		性別	生年月日				
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和 年 月 日 (歳)				
	住所	〒		自宅電話				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		負担割合証	介護保険負担限度額認定証	被保険者番号		
		令和 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段階)			
	※申込み時に介護保険証、負担割合証、介護保険負担限度額認定証(お持ちの方)の写しを添付願います。							
	該当する在宅での日常生活困難な事由(要介護1又は2の者は必ずチェック等記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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。		入所を希望する理由(該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため			
		<input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。			<input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため			
		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。			<input type="checkbox"/> " 就労しているため			
		<input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> " 育児等しているため			
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		健康保険 年金の種類等	<input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため				
	Tel			<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため				
	担当ケアマネ			<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい				
現在の生活場所・状況	事業所の名称		<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい					
	Tel		<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定)					
	担当ケアマネ		<input type="checkbox"/> (その他詳細)					
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							
入所希望時期	事業所の名称)					
	Tel							
現在の生活場所・状況	事業所の名称)					
	Tel							
本人の入所に対する意向	事業所の名称)					
	Tel							

居宅サービス (介護予防を含む。)等の利用 状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他			
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)			
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位)(直近3ヶ月の平均 _____ 単位)①			
	(支給限度基準額 _____ 単位)② ①/②*100=(在宅サービス利用率 _____ %)			
医療状況	利用時間 <input type="checkbox"/> 午前 8:00～午後 6:00(日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00～午後10:00(夜間) <input type="checkbox"/> 午前 6:00～午前 8:00(早朝) <input type="checkbox"/> 午後10:00～午前 6:00(深夜)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他: 現在治療中の病名: _____ 処置の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(備考欄に記入)			
過去の入所・入院状況	種類	_____	_____年 月 日～ _____年 月 日	
	名称	_____	理由 _____	
	種類	_____	_____年 月 日～ _____年 月 日	
	名称	_____	理由 _____	
	種類	_____	_____年 月 日～ _____年 月 日	
	名称	_____	理由 _____	
	種類	_____	_____年 月 日～ _____年 月 日	
	名称	_____	理由 _____	
入所希望者の心身の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
		食事形態 主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ 副食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ		
		アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		
		禁 止 食 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
		<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他: _____		
	言 語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや支障 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他: _____		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他: _____		
	視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他: _____		
	徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____		
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____		
	帰宅願望	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____		
	異食行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____		
幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____			
介護抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____			
暴言・暴力	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____			
不潔な行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他: _____			

入所希望者の状況

(別記様式) (第7条関係)

飯田市介護保険個人情報の提供申請書

年 月 日

飯田市長

(申請者) 所在地 長野県飯田市北方3354-1
(事業者等) 名称 社会福祉法人 アムノスの会
代表者氏名 理事長 松村 紘一
電話番号 0265-25-3590
事業者番号 2:0:9:0:5:0:0:2:4:6

飯田市介護保険事業に係る個人情報の提供に関する要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。
なお、提供を受けた資料については、要綱第3条第2項の規定を遵守することを誓約します。

提供を希望する 要介護認定情報	<table border="1"><tr><td rowspan="4">対象者</td><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>生 年 月 日</td><td></td></tr><tr><td>被保険者番号</td><td></td></tr></table>	対象者	住 所		氏 名		生 年 月 日		被保険者番号	
	対象者		住 所							
氏 名										
生 年 月 日										
被保険者番号										
	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査結果 (概況・基本調査) <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査結果 (特記事項) <input checked="" type="checkbox"/> 一次判定結果 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 二次判定結果									
使用する業務名 及び使用目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成 <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス計画作成 <input type="checkbox"/> 主治医意見書作成									
管 理 方 法	飯田市個人情報保護条例、飯田市個人情報保護条例施行規則及び飯田市介護保険事業に係る個人情報の提供に関する要綱の規定に基づき、個人情報の適正な管理のために必要な措置を講ずる。									
提 供 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付									

被保険者の 同意欄	私は、飯田市が保有する要介護・要支援認定に関する個人情報を、上記内容に基づいて飯田市が事業者等に対して提供することに同意します。なお、申請者は、私の居宅・施設サービスの各計画及び主治医意見書を作成する者であることを申し添えます。
	年 月 日
	飯田市長
	住 所
	被保険者氏名 _____
	代筆者署名 _____
	【続柄：家族 ()・成年後見人】
(備考)	※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です。(事業者は代筆不可) ※成年後見人の場合は、登記簿事項証明書の写しを添付してください。

【飯田市処理欄】

【身元確認】 来庁者または届出者 ()	介護支援専門員証 ・ 運転免許証 個人カード ・ 他 ()
----------------------------	-----------------------------------