|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身元保証人 | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |

 |
| 電話番号 | 　　　　　（　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |

 |
| 電話番号 | 　　　　　　（　　　　　　） |
| 入所希望理由 | 都市型軽費老人ホームへ入所したい理由を記入してください。 |
|  |
| 情報提供同意欄 | 「大田区都市型軽費老人ホーム入所（変更）申込書」の提出にあたり、以下の事項について同意する場合は、入所希望者の署名をお願いします。なお同意が得られない場合は、申込みできません。1　都市型軽費老人ホームへの入所判定及び入所にあたっては、運営事業者が指定する面接調査、及び必要書類（収入・必要経費の確認資料、健康診断書等）の提出について協力します。2　大田区、地域包括支援センター及び都市型軽費老人ホームの運営事業者は、本申込書に記載された内容及び上記必要書類に関する情報を共有します。3　大田区及び都市型軽費老人ホームの運営事業者は、第一次評価及び第二次評価の実施のため、世帯を含む税務情報を確認します。4　本申込書の記載内容が事実と相違する場合、申込みは無効となります。**入所希望者署名**（代筆　　　　　　　　　　　　入所希望者との関係　　 　　　　　） |

**大田区都市型軽費老人ホーム入所（変更）申込書**

（宛先）大田区長　都市型軽費老人ホーム施設長

下記のとおり、都市型軽費老人ホームの入所を申し込みます。 　申込日 　 　　年 　　月 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | ふりがな |  | 性別 | □男 □女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | □明治 □大正 □昭和　 　年　　月 　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |

大田区　　　　　　　　　　丁目　　 番　　 号　　　　　　　　方 |
| 大田区民歴 | □1年以上　□1年未満 | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  | ファクシミリ |  |
| 生活保護等受給 | □有　□無 | 有の場合担当職員 | 　　　　生活福祉課　　　係 氏名 |
| 介護保険要介護度 | 自立(未認定)　　要支援 １ ・ ２要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　　(該当に○印) |
| 認定有効期間 | 　 　年 　　月 　　日 ～ 　　　 　　年 　　月 　　日 |
| 介護支援専門員 | 事業所名　　　　　　　　　　　担当者名 |
| 障害者手帳 | □身体　　□知的　　□精神　　□なし　　　(該当に○印)（　　　　級・障がい名　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療保険 | 国保(後期高齢者)　社保(本人・家族)　生活保護　未加入(該当に○印) |
| 対人関係 | □協調的　□普通　　□苦手 |
| 趣味 |  |
| 嗜好 | □飲酒あり（1日　　　　　合・本・杯）　□飲酒なし□喫煙あり（1日　　　　　本）　　　　　□喫煙なし |
| 希望施設 | 施設名 |
| ◆留意事項　一施設のみ記入（複数選択不可） |
| 家族状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居別居 | 住所 |
|  | 歳 |  | 同・別 |  |
|  | 歳 |  | 同・別 |  |
|  | 歳 |  | 同・別 |  |
|  | 歳 |  | 同・別 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前年の収入 | 年金・恩給等 | 円 | 種類（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 財産収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利子・配当収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 不動産・動産処分収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相続・贈与による所得 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 前年の必要経費 | 所得税・住民税等の租税 | 円 | 生命保険料 | 円 |
| 社会保険料等 | 円 | 介護サービス自己負担分 | 円 |
| その他 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　） |
| 住宅・生活の状況 | 現在のお住まいについて、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。□ 民間の借家・賃貸アパート・賃貸マンション□ 都営住宅・区営住宅□ 公社・ＵＲ賃貸（旧公団）住宅□ 自宅（土地は借地）・自宅（土地は自己所有）・分譲マンション□ 施設（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）→ □ 退所の場合に戻れる住宅がある（住宅の形態　 　　　 　　　　　　）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯構成について、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。□ 一人暮らし　□ 高齢者のみの家族　□ 家族と同居だが家族の支援が見込めない（状況　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 在宅生活を継続することが困難な状況について、あてはまる項目すべてに「レ」をチェックしてください。状況を必ず記入してください。□ 立ち退きを求められている（立ち退き期限　　　年　　　月　　　日）□ 入浴ができていない（状況　　　　　　 　　　　　　 　　　　　）□ 住居が2階以上であり、エレベータや階段昇降機等がない□ 雨漏りが激しい□ 見守りがないと不安である（状況　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）□ 買い物ができない、料理が作れない等の理由で、十分な食事がとれていない　（状況　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）　□ その他（状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□ どれにもあてはまらない |

|  |  |
| --- | --- |
| 健康状態 | 現在の健康状態について、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。□ 良好である　　□ 普通である　□ 病弱である□ 認知症あり（診断名　　　　） □ 認知症状なし　□ 認知症状あるが受診したことはない（症状　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴を記入してください。（結核・喘息・高血圧症・白内障・リウマチ・心筋梗塞・骨折など） |
| 医療状況 | □ 胃ろう　□ 鼻くう　□ 尿道カテーテル　□ 在宅酸素 □ インシュリン　□ 人工透析　□ ペースメーカー □ ストマ(人工肛門)　□ 痰の吸引　□ その他（　　 　　） |
| 通院中の医療機関名 |  | 診療科 |  |
| 服薬の有無 | □ 服薬あり　　□ 服薬なし |
| 服薬中の薬剤名 |  |
| 入所希望者の身体状況について、あてはまる項目すべてに「レ」をチェックしてください。 |
| 視力聴力言語歩行食事排泄入浴衣服着脱 | □ 普通　　　　　□ やや不自由（眼鏡の使用　有 ・ 無　）□ ほとんど見えない・見えない　□ 普通　　　　　□ やや不自由（補聴器の使用　有 ・ 無　）□ ほとんど聞こえない・聞こえない　□ 普通　　　　　□ やや不自由　　　　□ 不自由□ つかまらないでできる 　　　　　　　□ 杖の使用によってできる□ できない　□ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助□ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助□ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助□ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助 |