

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

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 _____)				

入所希望者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		年齢	歳
	住所	〒 [][][] - [][][][] 大田区 丁目 番号 方			
	大田区民歴	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 苦手			
	趣味				
嗜好	<input type="checkbox"/> 飲酒あり(1日 合・本・杯) <input type="checkbox"/> 飲酒なし <input type="checkbox"/> 喫煙あり(1日 本) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 民間の借家・賃貸アパート・賃貸マンション <input type="checkbox"/> 都営住宅・区営住宅 <input type="checkbox"/> 公社・UR賃貸（旧公団）住宅 <input type="checkbox"/> 自宅（土地は借地）・自宅（土地は自己所有）・分譲マンション <input type="checkbox"/> 施設（施設名) → <input type="checkbox"/> 退所の場合に戻れる住宅がある（住宅の形態) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの家族 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている（立ち退き期限 年 月 日）) <input type="checkbox"/> 入浴ができていない(状況) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 雨漏りが激しい <input type="checkbox"/> 見守りがないと不安である（状況) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 (状況) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 良好である <input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> 病弱である <input type="checkbox"/> 認知症あり(診断名) <input type="checkbox"/> 認知症状なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻くう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	通院中の医療機関名		診療科
	服薬の有無	<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由(眼鏡の使用 有・無) <input type="checkbox"/> ほとんど見えない・見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由(補聴器の使用 有・無) <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない・聞こえない	
	言語 歩行	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 杖の使用によってできる