

申込日	令和	年	月	日	受付日	令和	年	月	日
申込み有効期間は受付日より1年間と致します。									

連絡先（今後は以下の連絡先へご連絡させていただきます）			
ご住所	〒		電話番号
ご氏名	続柄		携帯電話

モン・サン・ノールながさきを利用したいので、次のとおり申し込みます。

**◎入居希望者の状況**

(ふりがな)		性別	被保険者番号	
ご氏名	Ⓜ	男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明治 大正 昭和	要介護認定有効期間	令和 年 月 日から	
	年 月 日 ( )歳		令和 年 月 日まで	
現住所	郵便番号〒 -			
現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設名または病院名: _____ 所在地(市町村のみ): _____ 入所または入院期間:平成 年 月から 入所・入院 している			
	入居を希望する理由 (該当する物を全て選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他( )		

要介護1又は2の方が入居するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。  
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけて下さい。

- 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。
- 知的障害・精神障害を伴い、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。
- 家族等による深刻な虐待が疑われることに等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- 単身世代である、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。

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までには入居したい
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病気・特記事項: _____
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設だけ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる又は今後申し込む予定 すでに申し込んでいる施設名 ① _____ ② _____ 今後申し込む予定の施設名 ① _____ ② _____

**◎主たる介護者**

(ふりがな)		性別	入居希望者との関係	
ご氏名	Ⓜ	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)			
備考	【介護をしているうえで困っていること】			

**◎同意書**

今後、長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合にはこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 Ⓜ

<b>◎入居希望者の状況</b>				
現住所	郵便番号 〒 _____			
(ふりがな)		性別	被保険者番号	
ご氏名	Ⓜ	男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明治 大正 昭和		要介護認定有効期間	令和 年 月 日から
	年 月 日 ( ) 歳			令和 年 月 日まで
認知症による不適応行動	非常に多い やや多め 少しあり なし			
<b>【日常生活の自立度等について】</b>				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たきり				
短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり				
日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない				
自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的欲求のみ <input type="checkbox"/> 伝えれない				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

<b>◎在宅サービス利用度</b>				
在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30パーセント以上	30%未満

<b>◎主たる介護者・家族等の状況</b>				
世帯の状況	独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他( )			
介護者の年齢・続柄	年齢	続柄		
介護者の負担割合	重い ・ やや重い ・ 軽い ・ 負担なし			
介護者の障害や疾病	有 ・ 無			
介護者の就労状況	有 ・ 無			
	有の方の職種:		日/週	時間/日
他の介護者	有 ・ 無 ( 要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5 )			
介護者の育児・家族の病気	有 ・ 無 ( )			
主たる介護者以外の介護協力者	有 ・ 無			
	介護協力者の続柄:		日/週	時間/1日当たり

<b>◎入居について介護支援専門員の意見</b>				

事業所名
記載者名
連絡先

Ⓜ