

(特例) 入 所 申 込 書

受付印

特別養護老人ホーム川之江荘 施設長 様

下記「日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由」があるため、貴施設への特例入所を次のとおり申し込みます。また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

要介護度	1 ・ 2	居宅介護支援事業所名	(担当ケアマネジャー氏名)			
氏 名		性 別	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日
住 所				電話番号	()	—

要介護1又は2の方が入所するためには、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付けてください。

- 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若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状若しくは行動又は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等により、心身の安全及び安心の確保が困難である。
- 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱であること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。

特記事項（上記についての具体的内容、現在利用中の介護サービス等）

(添付書類：介護保険証の写し)

入所申し込みの際し、次のことに同意します。

1. 入所調査に必要場合「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所調査に必要な場合「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。

申込日 令和 年 月 日

(申請者) 氏名 _____ 続柄 _____

(連絡先) 住所 _____

電話 () _____

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書（事業者等用）

年 月 日

四国中央市長 様

住所 四国中央市川之江町長須713番地
 事業所名 特別養護老人ホーム川之江荘
 代表者氏名 施設長 石村 一人 ㊟
 電話番号 (0896) 58-5530

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

被保険者の氏名等	別紙 認定情報提供等対象者名簿のとおり
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】

被保険者の氏名等	
提供を受けようとする情報	■認定調査票 ■主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 ■介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	■写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

私は、四国中央市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

本人同意欄	氏名	代筆者	氏名 本人との関係（ ）
-------	----	-----	-----------------

遵守事項

- 1 提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。
- 2 提供を受けた情報は、本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせたり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。
- 4 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。
- 5 市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

処理欄	請求者確認	情報提供年月日	受付印
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 交付（ ） <input type="checkbox"/> 発送（ ）	