

入居申し込みにあたって

介護老人保健施設 福住の丘

◆入居申込に関する必要書類

① 入居申込書

② 現在の身体状況や生活状況等が記載されている書類

※入院中の病院や担当ケアマネジャーにご相談ください。

③ 診療情報提供書

※入院中の病院やかかりつけ医、担当ケアマネジャーにご相談ください。

④ お薬情報（現在飲んでいるお薬の内容が確認できるもの）

⑤ 介護保険証被保険者証の写し

⑥ 介護保険負担割合証の写し

⑦ 介護保険負担限度額認定証の写し（お持ちの方のみ）

【入居申込書送付先・ご相談、お問い合わせ先】

医療法人 資生会
介護老人保健施設 福住の丘

〒062-0021

札幌市豊平区月寒西1条11丁目3番10号

電話 011-857-7800

FAX 011-857-7801

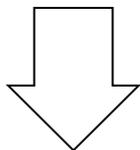
支援相談員 鏡水・掛村

◆入居までの流れ

ご相談・お申込み

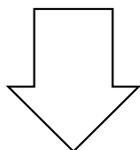
入居に関すること等、お気軽にご相談下さい。

「入居申込に関する必要書類」をご持参または郵送にて
受付致します。



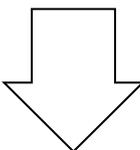
面談

入居希望者が生活されている場所へお伺いし、身体状況
などの確認をさせていただきます。



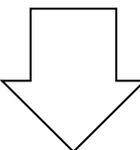
入居判定会議

「入居申込に関する必要書類」と面談を踏まえ
当施設において入居判定会議を開催し、入居の
検討をさせていただきます。



結果通知

「入居判定会議」の結果を文書にて郵送致します。
入居希望者、ご家族へ入居の意向の最終確認を行います。



入居

入居日の調整、ご契約締結後に入居となります。

介護老人保健施設 福住の丘 入居申込書

申込受付日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

入居希望者	ふりがな				男 女	生 年 月 日				
	氏名				M・T・S	年	月	日生	(歳)	
	住所	(〒 -)								
	電話				携帯電話等					
申込者 (連絡先)	ふりがな				続柄	年齢		歳		
	氏名									
	住所	(〒 -)								
	電話				携帯電話等					
介護保険	要介護度 (該当項目に○)	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更申請中								
	有効期間	年 月 日			～	年 月 日				
	介護保険負担割合	1割負担			・ 2割負担		・ 3割負担			
	担当 居宅介護支援事業所	(担当 :)								
	サービス利用状況									
入居希望者の 状況	収入状況	年金種類 :			年金額 : 年額			円		
	所得段階 (負担限度額認定証)	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階 ・ 未申請								
	現在の状況	独居 ・ 同居			入院中 ()			施設入居中 () ・ その他 ()		
	今後の方向性	自宅 ・ 高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム ・ その他 ()								
	医療状況 (該当項目に○)	胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インシュリン注射 ・ その他								
		【既往歴・現在治療中の病気・特記事項等】								
	主治医	医療機関 :			担当医 :					
入居希望理由										
申込者 連絡先 以外の		氏 名	年 齢	続 柄	住 所			電 話 番 号		
	1									
	2									
	3									
紹介者または担当者		居宅介護支援事業所または入院(入所)中の病院・施設名								
		担当者名 :			電話番号 : ()					

介護老人保健施設 福住の丘
入居申込書

申込受付日 令和 2 年 〇 月 〇 日

記入例

入居希望者	ふりがな	ふくずみ たろう		男	生年月日	
	氏名	福住 太郎		女	M・T・S 〇年〇月〇日生(〇〇歳)	
	住所	(〒 123 - 4567) 札幌市 豊平区 月寒西 〇条 〇丁目 〇番 〇号				
	電話	011-000-0000		携帯電話等	090-000-0000	
申込者(連絡先)	ふりがな	とよひら はなこ	続柄	年齢		
	氏名	豊平 花子	長女	〇 歳		
	住所	(〒 123 - 4567) 札幌市 豊平区 月寒西 〇条 〇丁目 〇番 〇号				
	電話	011-000-0000		携帯電話等		
介護保険	要介護度(該当項目に〇)	要介護(1 ・ 2 ・ ③ ・ 4 ・ 5) 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更申請中				
	有効期間	〇〇年〇月〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日				
	介護保険負担割合	1割負担 ・ 2割負担 ・ 3割負担				
	担当 居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所 〇〇〇〇 (担当: 〇〇様)				
	サービス利用状況	(入院前) 訪問介護 週2回、通所リハビリ 週2回				
入居希望者の状況	収入状況	年金種類: 国民・厚生 年金額: 年額 〇〇〇万 円				
	所得段階(負担限度額認定証)	第1段階 ・ 第2段階 ・ ③第3段階 ・ 第4段階 ・ 未申請				
	現在の状況	独居 ・ 同居 (入院中) ・ その他() 施設入居中()				
	今後の方向性	③自宅 ・ 高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム ・ その他()				
	医療状況(該当項目に〇)	胃ろう ・ 在宅酸素 ・ ③インシュリン注射 ・ その他 【既往歴・現在治療中の病気・特記事項等】 平成〇〇年 糖尿病 (インシュリン注射) 平成〇〇年 脳梗塞 (入院中)				
	主治医	医療機関: 札幌〇〇〇病院 担当医: 〇〇〇先生				
	入居希望理由	現在入院中だが、自宅で生活するためにもう少しリハビリを続けたい。				
申込者以外の連絡先	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号	
	1	福住 一郎	〇〇	長男	千歳市〇〇 〇丁目〇-〇	090-000-0000
	2	主なご家族の記入をお願いします。				
紹介者または担当者	居宅介護支援事業所または入院(入所)中の病院・施設名 札幌〇〇〇病院 担当者名: 〇〇医療相談員 電話番号: 011 (〇〇〇) 〇〇〇〇					