

入 所 申 込 書

グループホーム えやんばい 様

次のとおり申し込みます。

| | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|--|------|---------------------------|-------------|
| 入所希望者の状況 | 保 険 者 | <input type="checkbox"/> 宿毛市 <input type="checkbox"/> その他() | | 要介護度 | 要支援 2 (要支援1ではご利用いただけません。) | |
| | 被 保 険 者 番 号 | | | | 要介護 1 2 3 4 5 | |
| | 要介護認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| | ふ り が な | | | | 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | | 性 別 | 男・女 |
| | 住 所 | | | | 電 話 番 号 | - - |
| | 待 機 場 所 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設又は病院に入っている (施設等名:) | | | | |
| | 入 所 希 望 日 | 年 月 日 から | | | | |
| | 申 込 状 況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、また今後他の施設にも申し込む予定 * 既に申し込んでいる他の施設名 () () * 今後申し込む予定の他の施設名 () () | | | | |
| | 認知症度のランク (不明の場合は記入不要) | I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M | | | | |
| 入所希望の理由 | | <input type="checkbox"/> 介護するものがないため。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により介護が困難なため。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、介護が困難なため。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的苦痛が大きく介護が困難なため。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 連 絡 先 | ふ り が な | | | | 本人との関係 | |
| | 連 絡 者 名 | | | | 性 別 | 男・女 |
| | 住 所 | | | | | |
| | 電 話 | 自宅 | | 携帯電話 | | 日中連絡先 |

備考

◎同意書

この書面にある内容を宿毛市(保険者)の「介護予防ネットワーク(別途記載)へ提供すること及び高知県が行う調査に使用することに

同意します 同意しません

年 月 日

申込者ご本人の氏名

印 自筆 代筆

代筆の場合は代筆者の氏名もご記入ください。

氏名 印

宿毛市への個人情報の提供について

グループホームえやんばい 施設長

入所申込みをされた方のうち、以下の個人情報提供について同意して頂きました場合、宿毛市個人情報保護条例(平成13年4月1日条例第27号)に基づき、入所申込者様等の個人情報を宿毛市へ提供いたします。

介護予防ネットワークについて

宿毛市では、市内に事業所を有する介護保険事業者と市(保険者)をネットワークで結ぶことによって、適正で効果的な介護サービスの提供が行われるよう支援するため、コンピュータを利用した情報の管理を行っています。個人情報の利用は、同意をいただきました利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用いたします。

○利用目的

各介護保険施設の入所申込み及び入退所情報を、関係機関(申込みをされた居宅介護支援事業所、入所(希望)施設及び宿毛市(以下「関係機関」という。))で、一元管理することで、実待機者数及び入所者数等を把握可能とすること。

○利用条件

個人情報の利用は利用目的の範囲内で行うこととし、関係機関以外には決して漏れる事のないようセキュリティの確保、向上に努めます。

○提供される個人情報の内容

申込者 ・氏名 ・性別 ・生年月日 ・住所 ・現況(待機場所) ・電話番号
連絡先 ・氏名 ・性別 ・住所 ・電話番号

○情報の管理

「介護予防ネットワーク」内の情報を正確かつ最新のものにするために、介護予防ネットワーク内関係機関でお申込者様の要介護度と住民票法の住所について掲載させていただきます。施設への入居申込書の提出後、お申込者様の要介護度やご住所に変更が生じた場合、宿毛市からその情報を、申込書を提出した施設へ提供があります。これは、要介護度については必要度に応じた入居判定の適正及び公平を図るため、また、住所においては、入居可能となった場合の情報として必要なためです。(ただし、宿毛市が保険者になっている方のみの情報提供になります。)

○個人情報の提供停止

これらの個人情報は申請者の求めに応じて、宿毛市への提供を停止することができます。

【介護予防ネットワークに関する個人情報についてのお問い合わせ】

〒788-8686

高知県宿毛市桜町2番1号

宿毛市保健介護課 介護保険係

電話 0880-63-1113

FAX 0880-63-0410