

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム 草加キングス・ガーデン
施設長 栗原 基 宛

申 込 日	令和 年 月 日
【申込者】※窓口となっていた方	
(ふりがな) 氏 名	本人との関係
住 所	〒
電 話 番 号	()
携 帯 番 号	()

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名	男 女	保 険 者	(区・市・町・村)	
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	被保険者番号		
	住 所	〒	要介護度	1・2・3・4・5	
	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 通所介護	介護認定 期間	介護保険負担割合	1割・2割・3割
				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	認知症等による 不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし ※ 申込書最後の※4を参照してください。不明の場合は未記入のまま提出してください。			
	最近の在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 限度基準額の % (利用単位数÷限度基準額×100) <input type="checkbox"/> 施設入所(入院)中			
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】 【該当する医療処置があれば○をつけてください】 胃瘻・鼻腔栄養・点滴・インシュリン注射・在宅酸素・膀胱留置カテーテル 人工透析・人工肛門(膀胱)・ペースメーカー・その他()			
	入所を希望する理由	1 介護者がいないため () 2 介護者が障害や疾病の状況にあり(介護困難・多少介護可能・介護可能)なため () 3 介護者が高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者が就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者が(当時・半日・時々)育児又は家族の看病が必要で十分な介護が困難なため () 6 介護者が複数の介護をしている為 () 7 介護者以外の同居家族の介護の状況(<u>介護者がいる</u> ・ <u>介護者がいない</u>) () 8 別居家族による介護の可能性(<u>介護困難</u> ・ <u>多少介護可能</u> ・ <u>介護可能</u>) () 9 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 10 その他 ()			
	現在生活している場所 例)〇〇市 〇〇病院 〇〇市長男宅	1 自宅 2 その他()			
担当介護支援専門員 (ケアマネジャー)	氏 名 : 事業所名 :				

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()			
		主たる介護者の就労状況	1. 常勤 2. 4時間以上(パート) 3. 4時間未満(パート) 4. 無			
		主たる介護者の育児状況	<input type="checkbox"/> 有(歳 人) <input type="checkbox"/> 無			
		主たる介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()			
状 況	従たる 介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名				
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()			
	介護期間	1年未満 ・ 1年以上				
そ の 他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入所したい				
	申し込みの状況	<input type="checkbox"/> 草加キングス・ガーデンのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる ①施設名: 申込日: ②施設名: 申込日: ③施設名: 申込日:				
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護度1又は2のみ記載)	1 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。 2 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られる。 3 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 4 単身世帯である、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な状況である。				
説 明 確 認	<p>私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。</p> <p>また、入所希望者、その家族の個人情報については、入所申し込みから入所申し込み非該当となるまでの間、優先入所検討に関わる会議資料として使用することに同意を致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ご家族者氏名:</p> <p>入所希望者名:</p>					

※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)3ヶ月分を添付してください。

※2 入所を希望する理由の()内は、該当するものに○を付けてください。

※3 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

※4 認定調査票の認知症による問題行動に掲げる項目のうち、該当する項目が3項目以上ある場合で、「非常に多い」はそれらが毎日、「やや多い」は週に1~2回以上、「少しあり」は月に1~2回程度ある場合を目安にしてください。不明の場合は、未記入のまま提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設までご連絡ください。