

指定介護老人福祉施設 **特別養護老人ホーム成島園** 入所申込書(ユニット・多床室・両方)

令和 年 月 日 申し込み

ふりがな 申込者 氏名		入所希望者との関係	
住所	〒 -		
連絡先電話番号	①	(自宅・携帯・勤務先(名称))	- -
	②	(自宅・携帯・勤務先(名称))	- -
入所希望者の同意		有 ・ 無 ・ 不可能	

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	ふりがな 氏名	性別	男 ・ 女		
		生年月日(年齢)			
		T・S	年	月	日()
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申込者住所と同じ 〒 -			
	介護保険 被保険者証	被保険者番号		保険者の名称	
		要介護状態区分等	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中		
		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	担当介護 支援専門員	いる ・ いない	氏名		
			事業所名		
	年金額	本人(年額)	円	配偶者(年額)	円
	生活保護	あり ・ なし	重度心身障がい(児)者医療証		あり ・ なし
	障害者手帳	級別(1~7)	級	障害名	
		判定日		年 月 日	
	住居	自宅 (一人暮らし・家族と同居: 人暮らし)			
		施設 有料老人ホーム(介護付き 住宅型) ・ サービス付き高齢者向け住宅 ・ グループホーム ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ その他:			
	施設名:	施設利用開始月 年 月			
入院	医療機関名:	入院開始月 年 月			
介護・医療 サービス	小規模多機能型居宅介護 事業所名:	通い:月 回	泊まり:月 回		
		訪問:月 回			
	通所介護 週 回	訪問介護 週 回			
	通所リハビリ 週 回	訪問看護 週 回			
	短期入所 月 回	医療デイケア 週 回			
	その他 (訪問入浴 ・ 訪問リハビリ ・ 短期入所療養 ・ 福祉用具)				

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○でかこんでください。

家族の状況	同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
	主たる介護者				心身の障害:なし・あり()		
	別居介護協力者						
身元引受人予定者		(氏名)			(続柄)		

各項目に状況を記入してください。

医療及び心身の状況	主治医	医療機関名		氏名	
	治療中の病気				
	既往歴				
	処置等	経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)・インスリン注射・ペースメーカー・尿道カテーテル 在宅酸素()・痰吸引・C型肝炎等・MRSA・その他()			
	認知症	なし・あり	認知症の症状	日常生活は何とか可能・日常生活に支障あり	
	身体状況	視力支障(なし・あり) 聴力支障(なし・あり) 麻痺(なし・あり)			
	日常動作	歩行	(自分で可・一部介助・歩行器・車椅子)		
		食事	(自分で可・一部介助・全介助)		
入浴		(自分で可・一部介助・全介助)			
排せつ		(自分で可・一部介助・全介助・トイレ・オムツ)			

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○でかこんでください。

入所の希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等により介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく介護困難
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている
	特記事項(具体的な事情など)	

該当する項目に☑を記入してください(複数選択可能)。その他、特記事項があれば記入してください。

※要介護1及び2の方のみ

特例入所の理由	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難である。
	<input type="checkbox"/> 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十分に認められない。

該当する項目に☑を記入してください。(複数選択可能)

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みに際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とするため、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>
	<p>入所希望者氏名</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名</p>

記入例

指定介護老人福祉施設 **特別養護老人ホーム成島園** 入所申込書(ユニット・多床室・**両方**)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 申し込み

ふりがな 申込者 氏名	なるしま たろう 成島 太郎	入所希望者との関係	子
住所	〒 992 - 0000 米沢市○○町○○—○○		
連絡先電話番号	① (自宅・ 携帯 ・勤務先(名称))	090 - 0000 - 0000)	
	② (自宅・携帯・ 勤務先 (名称 ○○○○))	0238 - 00 - 0000)	
入所希望者の同意		有 ・ 無 ・ 不可能	

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	ふりがな 氏名	なるしま はなこ 成島 花子	性別	男・ 女	
			生年月日(年齢)		
			T	S ○年 ○月 ○日 (○○)	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記申込者住所と同じ 〒 —			
	介護保険 被保険者証	被保険者番号	0000000000	保険者の名称	米沢市
		要介護状態区分等	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中		
		認定の有効期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日		
	担当介護 支援専門員	<input checked="" type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない	氏名	○○ ○○	
			事業所名	ケアプランセンター○○	
	年金額	本人(年額)	1,000,000 円	配偶者(年額)	1,000,000 円
	生活保護	あり・ なし	重度心身障がい(児)者医療証		あり・ なし
	障害者手帳	級別(1~7)	2 級	障害名	○○障がい
		判定日		令和○年 ○月 ○日	
	住居	自宅 (一人暮らし・ 家族 同居: 5人暮らし)			
		施設 有料老人ホーム(介護付き 住宅型) ・ サービス付き高齢者向け住宅 ・ グループホーム ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ その他:			
	施設名:	施設利用開始月 年 月			
入院	医療機関名: ○○病院	入院開始月	令和 ○ 年 ○ 月		
介護・医療 サービス	小規模多機能型居宅介護 事業所名:	通い: 月 回	泊まり: 月 回		
	通所介護 週 3 回 ○○デイサービス	訪問介護 週 回			
	通所リハビリ 週 回	訪問看護 週 1 回	○○訪問看護		
	短期入所 月 14 回 ○○ショートステイ	医療デイケア 週 回			
	その他 (訪問入浴 ・ 訪問リハビリ ・ 短期入所療養 ・ 福祉用具)				

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○でかこんでください。

家族の状況	同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
		成島 一郎	夫	〇〇	成島 朗	孫	〇〇
		成島 太郎	子	〇〇			
		成島 園子	子の妻	〇〇			
	主たる介護者	成島 園子	子の妻	〇〇	心身の障害	なし	あり()
別居介護協力者							
身元引受人予定者		(氏名) 成島 太郎		(続柄) 子			

各項目に状況を記入してください。

医療及び心身の状況	主治医	医療機関名	〇〇病院	氏名	〇〇 〇〇	
	治療中の病気	アルツハイマー型認知症 高血圧症				
	既往歴	脳梗塞				
	処置等	経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)・インスリン注射・ペースメーカー・尿道カテーテル 在宅酸素()・痰吸引・C型肝炎等・MRSA・その他()				
	認知症	なし・あり	認知症の症状	日常生活は何とか可能・日常生活に支障あり		
	身体状況	視力支障(なし・あり) 聴力支障(なし・あり) 麻痺(なし・あり)				
	日常動作	歩行	(自分で可・一部介助・歩行器・車椅子)			
		食事	(自分で可・一部介助・全介助)			
入浴		(自分で可・一部介助・全介助)				
排せつ		(自分で可・一部介助・全介助・トイレ・オムツ)				

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○でかこんでください。

入所の希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等により介護が困難
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労しており十分な介護が困難	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく介護困難
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている
	特記事項(具体的な事情など)	
	同居である本人の夫も要介護5の認定を受けており家族の介護負担が大きいため入所を希望する。	

該当する項目に☑を記入してください(複数選択可能)。その他、特記事項があれば記入してください。

※要介護1及び2の方のみ

特例入所の理由	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難である。
	<input type="checkbox"/> 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十分に認められない。

該当する項目に☑を記入してください。(複数選択可能)

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とするため、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。</p> <p style="text-align: right;">令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>入所希望者氏名 成島 花子 申込者氏名 成島 太郎</p>
-----------------	--