

特別養護老人ホーム 三喜 入居申込書

【申込者・連絡先】

申込日	令和 年 月 日
受付日	

※受付日は施設で記入いたします。

特別養護老人ホーム三喜へ入居したいので次のとおり申し込みます。

〒 -	住所:
氏名	(続柄)
電話	(携帯)

申込先 (入居希望施設)		社会福祉法人 清恵会 特別養護老人ホーム 三喜		保 険 者			
				被保険者番号			
入居希望者の状況	フリガナ			要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		
	氏 名	性別			<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 要介護5			
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	現 住 所	〒 -					
	現 状	<input type="checkbox"/> ア：自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> イ：自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ：施設・病院に入所（入院）中 ※「ウ：施設・病院等に入所（入院）中」の方は記入してください 施設名又は病院名（ ） 所在地（ 【市町村のみ】） ※入所又は入院時期： 年 月 日 から入所・入院している					
家族等の状況	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> ア：イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ：高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む） <input type="checkbox"/> ウ：独居					
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア：主たる介護者以外に必要な時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ：介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ：介護者はいない					
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア：60歳未満 <input type="checkbox"/> イ：60歳～74歳 <input type="checkbox"/> ウ：75歳以上（介護者はいない）					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア：健康である <input type="checkbox"/> イ：健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ：介護者自身が要介護者である（介護者はいない）					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア：十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ：一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ：ほとんど時間がとれない（介護者はいない）					
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア：良好 <input type="checkbox"/> イ：介護は行っているが疲労感は強い <input type="checkbox"/> ウ：最低時間の関わりのみ（介護者はいない）					
生活の状況	待 機 状 況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院等に入所（入院）中で退去（退院）の働きかけがない <input type="checkbox"/> イ：制限なし ※施設・病院等に入所（入院）中で退去（退院）の働きかけがある場合の入所継続可能期間 <input type="checkbox"/> ウ：6～12箇月 <input type="checkbox"/> エ：6箇月未満 <input type="checkbox"/> オ：自宅等					
	在 宅 サ ー ビ ス 利 用 率	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> イ：限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ：限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ：限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ：限度額の80%以上					

入居希望者の状況	生活の状況	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> オ：ほとんどサービスを抑制している		<input type="checkbox"/> イ：十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> エ：一部サービスを抑制している					
		保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア：第5段階以上 <input type="checkbox"/> エ：第2段階		<input type="checkbox"/> イ：第4段階 <input type="checkbox"/> オ：第1段階		<input type="checkbox"/> ウ：第3段階			
		住居	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ：帰る住まいがない		<input type="checkbox"/> イ：快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> エ：かなり居住性に問題がある					
		入居希望時期	<input type="checkbox"/> ア：今すぐ入居したい		<input type="checkbox"/> イ：		年 月頃までに入居したい			
		医療の状況	<input type="checkbox"/> ア：経管栄養 <input type="checkbox"/> イ：胃ろう <input type="checkbox"/> ウ：IVH <input type="checkbox"/> エ：インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ：在宅酸素 <input type="checkbox"/> カ：褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> キ：バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ク：人工肛門 <input type="checkbox"/> ケ：人工膀胱 <input type="checkbox"/> コ：認知症 <input type="checkbox"/> サ：精神的障害 <input type="checkbox"/> シ：その他（ ）							
			【現在治療中の病気・服薬等特記事項】			【既往歴・入院・手術歴】				
申込状況	<input type="checkbox"/> ア：当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> イ：他の施設へ申込んでいる又は今後申し込む予定									
	※既に申し込んでいる施設（ ） ※今後申し込む予定の他の施設（ ）									
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例入所の要件（①・②・③・④） ※該当すると思われる要件に○を付けて下さい。なお、各要件については申込書の下に記載しております。									
	備考（以下に具体的な理由等の記入をお願いします） <div style="text-align: right;">（記入者： 続柄等： ）</div>									
主たる介護者	フリガナ		性別	続柄						
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日（ 歳）					
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない（住所： ）								
申込理由	【介護の上で困っていることをお書き下さい】									
紹介者又は担当者	居宅介護支援事業所又は入所（入院）中の施設・病院名 担当者名： 連絡先電話番号（ ） -									

※特例入所の要件

- 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こと。
- ② 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 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・安心の確保が困難であること。
- 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

記入例

特別養護老人ホーム 三喜 入居申込書

【申込者・連絡先】

申込日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
受付日	

※受付日は施設で記入いたします。

特別養護老人ホーム三喜へ入居したいので次のとおり申し込みます。

〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所：名取市〇〇丁目〇-〇
氏名 三喜 吉郎 (続柄 長男)
電話 022-0000-0000 (携帯 090-0000-0000)

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人 清恵会 特別養護老人ホーム 三喜		保 険 者	〇〇市(区)
			被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	サンキ タロウ	性別	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	氏 名	三喜 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)		要介護認定期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで
現 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 名取市〇〇丁目〇-〇			
現 状	<input type="checkbox"/> ア：自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> イ：自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> ウ：施設・病院に入所(入院)中			
	※「ウ：施設・病院等に入所(入院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名(〇〇〇〇病院) 所在地(名取市【市町村のみ】) ※入所又は入院時期： 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から入所・入院している			
入居希望者の状況 家族等の状況	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> ア：イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ：高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) <input type="checkbox"/> ウ：独居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア：主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input checked="" type="checkbox"/> イ：介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ：介護者はいない		
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア：60歳未満 <input type="checkbox"/> イ：60歳～74歳 <input checked="" type="checkbox"/> ウ：75歳以上(介護者はいない)		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア：健康である <input type="checkbox"/> イ：健康に不安を抱えている <input checked="" type="checkbox"/> ウ：介護者自身が要介護者である(介護者はいない)		
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア：十分に介護にあたる時間あり <input checked="" type="checkbox"/> イ：一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ：ほとんど時間がとれない(介護者はいない)		
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア：良好 <input checked="" type="checkbox"/> イ：介護は行っているが疲労感強い <input type="checkbox"/> ウ：最低時間の関わりのみ(介護者はいない)		
生活の状況	待 機 状 況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院等に入所(入院)中で退去(退院)の働きかけがない <input type="checkbox"/> イ：制限なし ※施設・病院等に入所(入院)中で退去(退院)の働きかけがある場合の入所継続可能期間 <input type="checkbox"/> ウ：6～12箇月 <input checked="" type="checkbox"/> エ：6箇月未満 <input type="checkbox"/> オ：自宅等		
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所(入院)中 <input type="checkbox"/> イ：限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ：限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ：限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ：限度額の80%以上		

入居希望者の状況	生活の状況	在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> オ：ほとんどサービスを抑制している		<input type="checkbox"/> イ：十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> エ：一部サービスを抑制している			
		保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア：第5段階以上 <input type="checkbox"/> エ：第2段階		<input checked="" type="checkbox"/> イ：第4段階 <input type="checkbox"/> オ：第1段階		<input type="checkbox"/> ウ：第3段階	
		住居	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ：帰る住まいがない		<input type="checkbox"/> イ：快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> エ：かなり居住性に問題がある			
		入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> ア：今すぐ入居したい		<input type="checkbox"/> イ： 年 月頃までに入居したい			
		医療の状況	<input type="checkbox"/> ア：経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> イ：胃ろう <input type="checkbox"/> ウ：IVH <input type="checkbox"/> エ：インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ：在宅酸素 <input type="checkbox"/> カ：褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> キ：バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ク：人工肛門 <input type="checkbox"/> ケ：人工膀胱 <input checked="" type="checkbox"/> コ：認知症 <input type="checkbox"/> サ：精神的障害 <input type="checkbox"/> シ：その他（ ）					
			【現在治療中の病気・服薬等特記事項】 脳梗塞、認知症のため入院中 〇〇薬を食後3回		【既往歴・入院・手術歴】 〇〇年 大腸ポリープ 〇〇年 心筋梗塞 〇〇年 白内障			
申込状況	<input type="checkbox"/> ア：当該施設のみ申込 <input checked="" type="checkbox"/> イ：他の施設へ申込んでいる又は今後申し込む予定							
	※既に申し込んでいる施設（ 特別養護老人ホーム〇〇〇 ） ※今後申し込む予定の他の施設（ ）							
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例入所の要件（①・②・③・④） ※該当すると思われる要件に○を付けて下さい。なお、各要件については申込書の下に記載しております。							
	備考（以下に具体的な理由等の記入をお願いします） （記入者： 続柄等： ）							
主たる介護者	フリガナ	サンキ ハナコ		性別	本人との関係	妻		
	氏名	三喜 花子		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）		
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない（住所： ）						
	申込理由	【介護の上で困っていることとお書き下さい】 自分も高齢であり、退院後の自宅での介護が困難なため。						
紹介者又は担当者	居宅介護支援事業所又は入所（入院）中の施設・病院名 居宅介護支援事業所〇〇〇〇 担当者名： 〇〇 〇〇 連絡先電話番号 (022) 〇〇〇-〇〇〇〇							

※特例入所の要件

- 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こと。
- ② 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 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・安心の確保が困難であること。
- 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。