

# 入 所 申 込 書

※申込番号		申込者 (御家族)	フリガナ		続柄		
※初回申込日	年 月 日		氏名	㊦			
※今回受付日			住所	(〒 - )			
			電話		緊急 連絡		

注) ※印は記入しないで下さい。□は該当のところにチェックをして下さい。正確にご記入下さい。

他の特別養護老人ホームへ入所された場合、ことぶき荘への入所申込は取消扱いとさせていただきます。

私は、特別養護老人ホームことぶき荘に入所したいので、次のとおり申し込いたします。

**尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所決定した場合、又、要介護度、連絡先や介護の状況等について変更があった場合は、速やかに連絡いたします。**

被 保 険 者 ( 本 人 )	介護保険 保険者番号		介護保険 被保険者番号				
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名			性別	男性 ・ 女性		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	現住所	(〒 - )					
居宅介護支援 事業所名	電話番号 ( )			担当ケア マネージャー			
特例入所 要件	<u>要介護1または2で申し込みをされる方がチェックして下さい</u> <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害などを伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 家族などによる深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 単身者や同居家族が高齢または病弱などの理由により、家族の支援が期待できず、地域での介護サービスや生活支援の供給も不十分						
入所希望者の 現況	<input type="checkbox"/> 在宅（在宅サービス利用の有無：有・無） <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 老健 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
世帯構成	<input type="checkbox"/> 子供世帯と同居 <input type="checkbox"/> 同敷地内又、近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 単身の子供又、兄弟姉妹等と同居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居世帯						
介護者の 状況等	<u>主な介護者</u>						
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 親戚						
	<u>介護者の年齢</u>						
	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満 <input type="checkbox"/> 75歳以上						
<u>介護者の現状（当てはまるものがあれば全てチェックして下さい）</u>							
<input type="checkbox"/> 育児中：未就学の乳児を世話している場合 <input type="checkbox"/> 就労中：生計を維持するために仕事をしている場合 <input type="checkbox"/> 病弱で介護が困難：疾病、慢性疾患及び障害等により、介護ができない場合。自らが介護サービスを受けている状態など <input type="checkbox"/> 他の者も介護：主な介護者が今回の被介護者以外の介護をしている場合 <input type="checkbox"/> 家族（子、配偶者）がいない <input type="checkbox"/> 家族があるが介護できない							
入所時期 の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年以内の入所を希望する <input type="checkbox"/> 当面は必要ないが、必要になれば入所したい						

	病名（現在治療中の病気など）	かかりつけ病院
入所希望者の身体状況	1 歩行：自立・一部介助・できない 2 排泄：トイレ（自立・介助）・オムツ 3 食事：自立・介助 4 意思疎通：できる・できない	認知症：有・無 問題行動：暴言・暴行・不潔行為・ 火の不始末・徘徊・昼夜逆転・ 一人で戻れない・物を壊す （その他 ）
他施設への申込の有無	他の施設に入所申し込みをしていますか、あるいは申し込む予定ですか <input type="checkbox"/> 申し込みしている <input type="checkbox"/> 申し込む予定である （施設名： ） <input type="checkbox"/> 申し込む予定はない	

特別養護老人ホームことぶき荘の入所指針の説明を受け、次のことに同意します。

- 1 入所申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村・居宅介護支援事業者・介護保険施設等から得ること。
- 2 市町村から要求があった場合、この申込情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日

氏名（本人又は代理人）

㊤

（特別養護老人ホーム ことぶき荘）