特別養護老人ホーム入所申込書 標準様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 菜の花館・菜の花館園原  菜の花館本町通り | 申込日 | 年　　月　　　日 |
| 受付日 | 年　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入所希望者の状況** | | | | | | | | | | | | | |
| 入所希望者  氏　　　名 | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | 保 険 者 | |  | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | | |
| 生年月日 | | | | | 明・大・昭 　　　年　　月　　日　（　　歳） | | | | | | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 現 住 所 | | | | | 〒 | | | | | | | | |
| 要介護度  日常生活自立度 | | | | | □介護度１　□介護度２　□介護度３　□介護度４　□介護度５  　（認定有効期間　　年　月　　日　　～　　　年　　月　　日）  □Ⅳ以上　　□Ⅲa・Ⅲb　　□Ⅱa・Ⅱb　　□Ⅰ・なし | | | | | | | | |
| 現在の介護 | | | | | □自宅で１人で暮らしている  □自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成：  □入院(所)中（□病院　□老人保健施設　□有料老人ホーム　□その他）  ※施設名又は病院名：  ※入所(院)時期:　　　　年　　　月から  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 入所を希望  する理由  ※該当するものすべてを選んでください。 | | | | | □独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。  □介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。  □介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。  □他にも介護をしなければならない家族がいる。  □居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。  □病院や他の施設から退所を求められている。  □介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。  □その他（介護で困っていることがありましたら、お書きください。） | | | | | | | | |
| **要介護１又は２（特例入所）の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。**  （特例入所の該当要件）  □認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困　 難さ等が頻繁に見られる。  □知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。  □療育・障害者手帳あり　　　□療育・障害者手帳なし  □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。  □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 十分である。  ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 | | | | | | | | |
|
| 医療の状況  ※該当するものすべてを選んでください。 | | | | □経管栄養　　　　　　　□人工肛門　　　　□胃ろう  □インシュリン注射　　　□在宅酸素 　　□尿管カテーテル  □現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること | | | | | | | | | |
| 希望入所時期 | | | | □今すぐの入所を希望する　　□今すぐの入所を希望しない | | | | | | | | | |
| 他施設への 申込状況 | | | | □申込なし  □申込(予定)あり  　※施設名 | | | | | | | | | |
| **申込者欄〈家族等〉** | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | | | | | | | | 本人との  続　 柄 | |  | |
| **住　所**（郵便物の送付や施設からの連絡先）  　※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。    **〒**  **TEL**　　　**－　　　　－** | | | | | | | | | | | | | |
| 留　意  事　項 | 本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 説　明  確認欄 | 入所申込に係る説明事項について確認しました。  年　　月　　日　 署　　名 | | | | | | | | | | | | |
| **申込代理者欄〈介護支援専門員〉**  ※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。 | | | | | | | | | | | | | |
| 代理申込を行う  介護支援専門員 | | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 連絡先  電話番号 | | |  | | |
| 介護支援事業所名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 代理申込を行う介護支援専門員の意見 | | | | | | | | | | | | | |
| ※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄＜家族等＞に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 説　明  確認欄 | | 入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。  　　　年　　月　　日　 　　 代理申込  　　　　　　　　　　　　　　　 介護支援専門員署名 | | | | | | | | | | | |
|

※添付書類　被保険者証の（写）

別紙１

介護者・家族の状況（当てはまるものに〇を付けてください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①介護者が障害・病気・高齢である | 介護困難 | 多少介護可 | 介護可能 | なし |
|
| ②申込者以外の要介護者がいる | 常時 | 半日程度 | 随時 | なし |
|
| ③主介護者の就労状況 | フルタイム　　　　高齢にて就労なし　介護休職中 | 4～8時間 | 4時間未満 | なし |
|
| ④主介護者の育児状況 | 育児　　　　　　（未就学児） | 子育て　　　　　（小中学生） | 子育て　　　　（高校生） | なし |
|
| ⑤主介護者以外の　　　　介護補助 | なし | 多少あり | あり | ― |
|
| ⑥介護の継続性 | 継続困難 | やや困難 | 継続可能 | ― |
|

※なごみの杜系列施設への同時申し込み

□希望あり　　　　　　　　　　　　□希望なし

□菜の花館（昭和村）

□菜の花館園原（利根町）

□菜の花館本町通り（沼田市内）