

(様式1)

# らの里 入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※受付後5年間保存します。		受付担当者	

施設長 殿

申込者（連絡先）

住所	〒		
(フリガナ) 氏名	続柄 ( )	電話番号	
		携帯電話	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	男	・	女	
	氏名		住民登録	市・区・町・村			
	現住所	〒		電話			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)					
	健康保険	種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢医療保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> その他		その他受給者証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		生活保護の需給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	年金等	種別	<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他				
	障害手帳等	種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級)   肢体・視覚・聴覚・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 級)   年 月 日				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 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である、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。					
		(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日					
ケアマネージャー	事業所名			氏名			
現在利用している施設サービス等 (現在の生活場所)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所（入院）している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所（入居）している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所（入居・入院）している場合)						
	施設名又は病院名 (所在地)	市・区・町・村					
	入所又は入院期間	年 月 日					

現在利用している居宅サービス

\*1 該当するものをすべて選んで下さい。

\*2 [ ]内に事業所名を記入して下さい。

訪問介護 (月に 回程度) [ ]  
 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ]  
 訪問看護 (月に 回程度) [ ]  
 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ]  
 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ]  
 通所介護 (月に 回程度) [ ]  
 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ]  
 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ]  
 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ]  
 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [ ]  
 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [ ]  
 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ]  
 福祉用具の貸与・購入費支給  
 住宅改修費の支給  
 その他 ( )  利用なし

入所希望者の状況

身体状況

食事摂取

自立  見守り (むせる・むせない)  一部介助  全部介助  
 食事の種類 (主食)  常食  全粥  ミキサー  
 (副食)  常食  刻み (一口大・みじん切り)  ミキサー

排泄

自立  一部介助  全部介助  
 おむつの使用  なし  昼夜  夜のみ  
 おむつの種類  紙パンツ  尿とりパット  テープ式オムツ  その他

入浴

自立  一部介助  全部介助

更衣

自立  見守り  一部介助  全部介助

移動

自立  見守り  一部介助  全部介助  
 移動方法  つかまり歩き  杖使用  車いす  その他 ( )

視力

普通  やや悪い  人の動きがわかる程度  ほとんど見えない

聴力

普通  やや悪い  大声が聞き取れる  ほとんど聞こえない

言語

普通  聞き取りにくい  聞き取れない

補足すべき身体状況について、具体的に記載して下さい。

認知症・精神の症状

何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している  
 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる  
 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする  
 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする  
 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする

自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所をしたい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入所したい	
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	他施設名 <hr/> <hr/>

備考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。	
	<hr/>	

おねがい	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入所希望者氏名 <span style="float: right;">㊞</span> 申込者氏名 <span style="float: right;">㊞</span>

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申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。
	( 本人との続柄 ) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 <span style="float: right;">㊞ ( _____ )</span>