

(様式1)

らの里 入所申込書

参 考

| | | | |
|---------------|-------|-------|-------|
| 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）

■の色が付いている所を必ず記入して下さい。

□のリストは、該当するもの全てに☑をお願い致します。

| | | | |
|------------|------------|------|--|
| 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 | その他受給者証 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | | <input type="checkbox"/> 組合保険 | <input type="checkbox"/> その他 | 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 | | | |

| | | | |
|-------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 医療的処置 | <input type="checkbox"/> カテーテル | <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） | <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう） |
| | <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> インシュリン注射 | <input type="checkbox"/> 疼痛看護 |
| | <input type="checkbox"/> 人工透析 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

入所希望者の状況

| | | | | |
|--------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 病気について | 現在治療中の病気 | 入院・通院病院 | 期 間 | |
| | | | 年 月 ~ | |
| | | | 年 月 ~ | |
| | | | 年 月 ~ | |
| | 内服薬 | | | |
| | 感染症 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> C型肝炎 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | （既往症） | | | |
| | 過去にかかった病気 | 入院・通院病院 | 期 間 | |
| | | | 年 月 ~ | 年 月 |
| | | | 年 月 ~ | 年 月 |
| | | | 年 月 ~ | 年 月 |

| | |
|----------------------------------|---|
| 入所希望者の意向 （入所希望者が申し込んでいる場合を除く） | <input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している |
| | <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している |
| | <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

家族や住居等の状況

| | |
|---|---|
| 入所を希望する理由 <small>*該当するものを選んでください</small> | <input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい |

| | |
|--|--|
| 家族や住居等の状況 <small>*該当するものすべてを選んでください</small> | <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 |
| | <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載してください。） |

| | | | | | | | | |
|-------|----------------------|-----------------------------|-------|--|-----|---|---|--|
| 主な介護者 | (フリガナ) | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | | 歳 | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | |
| | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 | 住所： | 〒 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 別居 | 電話： | | 携帯： | | | |
| | 入所希望者との関係 | 続柄（ ） | 他の介護者 | <input type="checkbox"/> いる 続柄（ ） <input type="checkbox"/> いない | | | | |
| 意見 | (介護をしている上で特に困っていること) | | | | | | | |

| | | |
|-----|-----------|---|
| 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 _____ _____ _____ |

| | |
|----|---|
| 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。 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|---|
| 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 _____ (印) 申込者氏名 _____ (印) |

| | |
|-------|--|
| 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 _____ (印) _____ |