

有効期限 平成30年9月30日

様式1
特別養護老人ホーム いきいき箱崎

入 所 申 込 書

申込年月日		平成 年 月 日		受付番号			
入 所 申 込 者	フリガナ 氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		性別 男・女
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	連絡先	郵便番号(-)			電話番号	()	
	介護認定	申請(更新・変更)中・済			被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5			有効期間	～平成 年 月 日まで	
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(介護付・住宅型) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()					
	平成 年 月頃より			施設名【 】			
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏名			続柄			備考
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	連絡先1	郵便番号(-) 氏名 住所			電話番号	()	
	連絡先2	郵便番号(-) 氏名 住所			電話番号	()	
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名				事業者番号		
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	フリガナ 担当者名			備考			
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名2				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名3				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃入所したい						

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- 入所優先順位の見直しについて
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供すること

平成 年 月 日 氏名 印(続柄)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	家族等により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。
<input type="checkbox"/>	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こと。

入所申込者 (本人)	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】			
	居宅介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない *居宅介護サービス(デイサービス,ショートステイ, ホームヘルプなど)を利用している方は, 居宅介護支援事業者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。			
※介護者の状況	介護者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	介護者の障害・疾病のため	
		氏名		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能	
	続柄	年齢 歳	複数介護	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	住所	〒	育児	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	その他の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> ときどき有り <input type="checkbox"/> 常時有り			
入所を希望する理由	*施設や病院等から退所を求められている, 居住環境が介護に適していない, 経済的な理由により, 居宅介護サービスを十分に受けることができないなど, 特に, 特別養護老人ホームの入所を希望する理由があれば記入してください。				

〔記入上の注意〕

- 1 太枠内は, 記入しないでください。
- 2 は該当する箇所にも☑を記入してください。
- 3 ※居宅介護支援事業所は, 現在ご利用の事業所がある場合にご記入ください。
- 4 ※入所希望時期は, 現在病院等に入院中で, ○ヵ月後に退院が見込める場合などは, 2. の方に記入してください。
- 5 ※説明確認及び同意書は, 内容をご確認の上, 署名・捺印をしてください。

施設記入	担当者名	職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
	備考		