

特別養護老人ホーム**札内寮** 入居申込書

記入例

申込者(連絡先)今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	/ /
受付日	/ /



特別養護老人ホームに入居したいので
次のとおり申し込みます。

〒	●●●● - ●●●●		
住所	中川郡幕別町札内〇〇町●●番地の●		
氏名	札内 太郎	続柄	長男
電話	●●●● (●●) ●●●●		

申し込み先 (入居希望施設に○)	札内寮 ● ふらっと札内 ●	介護保険者 市町村名	幕別町		
(フリガナ)	サツナイハナコ	性別			
氏名	札内 花子	被保険者番号	●●●●●●●●●●●● (10桁)		
生年月日	大正・昭和 ●年●月●日 (●)歳	要介護度	要介護 ●		
現住所	〒 ●●●● - ●●●● 中川郡幕別町札内〇〇町●●番地の●	要介護 認定期間	令和 ●年●月●日から 令和 ●年●月●日まで		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月 から入所・入院している				
介護者等の 状況	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 「イ」「ウ」以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居			
	介護者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input checked="" type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護する時間有 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 一時不在になる <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
入居希望者の 状況	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護はしているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わり(介護者はいない)			
	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で、退所の働きかけがない <input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所中で、退所の働きかけがある＝入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input checked="" type="checkbox"/> オ. 自宅等			
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
	在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input checked="" type="checkbox"/> ウ. ままサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している			
	介護保険料の 所得段階	<input type="checkbox"/> ア. 第6段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4・5段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階	生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している	
住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない				
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"/> その他 (_____) 【現在治療中の病気・特記事項等】 ・アルツハイマー型認知症 ・高血圧症 ・高脂血症 ・糖尿病				
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他 〇〇町にて●人兄弟の●番目として生を受ける。昭和●年に結婚、3男2女をもうける。 〇〇で長年働いていた。平成●年に夫と死別。以来、長男宅に移り住み、一緒に暮らしている。				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 (●●荘) (_____) ◇今後申し込む予定の他の施設名 (無し) (_____)				
主たる 介護者	(フリガナ)	サツナイ ナツコ	性別	本人との関係	長男の嫁
	氏名	札内 夏子	女	生年月日	昭和 ●年●月●日
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: 同上)			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】 認知症の症状が進行し、一人で勝手に外に出て帰れないことがあった。 家族が日中は仕事がある為、留守中の火の不始末も心配である。			
担当ケアマネージャー 相談員等	事業所名	電話番号	裏面にも記載欄があります		
	居宅介護支援事業所 〇〇センター	●●●●-●●●●	担当 十勝 一郎		



(要介護度1・2で申し込みの方のみ)

「特例入所の要件」 に該当する やむを得ない事由	該当する特例の要件 <input checked="" type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④)		
	※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) <p>夫を亡くしてから、物忘れ症状が気になるようになってきた。 勝手に外出しては家に戻れない。 何度も同じ物を必要以上に買ってきってしまう。 ガスコンロの消し忘れ、ストーブの上で直接洗濯物を乾かそうとするなど、目が離せない。</p>		
記入者	札内 夏子	本人との関係	長男の嫁

※特例入所の要件

- 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こと。
- ②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。
- 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こと。
- 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こと。