

(参考様式 1)

特別養護老人ホーム入所申込書

標準様式

特別養護老人ホームからまつ荘 施設長様

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	(フリガナ)		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	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)					
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成： <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※施設名又は病院名： ※入所(院)時期： 年 月から <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 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。 <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。					
	※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。	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 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 ※該当する方にチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり ※施設名

申込者欄〈家族等〉

フリガナ 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 ————— 携帯

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	入所申込に係る説明事項について確認しました。
確認欄	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	(フリガナ) 氏名	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

居室希望について	<p><input type="checkbox"/>多床室 (約93,000円) <input type="checkbox"/>従来型個室(約120,000円) <input type="checkbox"/>どちらでもよい</p> <p>※市町村民税が非課税世帯で、かつ、ご本人の所得状況において食事代とお部屋代が、減額になります。</p>
医療について	<p>* 入所以降の医療機関は、からまつ荘嘱託医の西吾妻福祉病院となりますのでご了承ください。(週に1回嘱託医が来荘し、施設内で診察をします。)</p>
特記事項	
その他について	<ol style="list-style-type: none"> 要介護度や住所（連絡先）等の変更、入所申込書記載の内容の変更がありましたら、ご連絡ください。 入所希望者が他の施設に入所したり、お亡くなりになられた場合等入所の必要がなくなった場合は、ご連絡ください。 入所申込後、入所検討委員会に諮るために、事前に日常生活動作の状況、認知症の有無や程度、基礎疾患等の個人情報を、現在過ごされている施設(病院)または、在宅の担当ケアマネージャーに、確認をさせていただきますことをご了承下さい。

特別養護老人ホームからまつ荘
 ☎ 0279-82-4150

※添付書類 介護保険被保険者省の写し、介護保険負担限度額認定証の写し（対象者のみ）