特別養護老人ホーム □ やまとの里 □ 暢寿園 入所申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日
受付者	

特別養護老人ホーム □ やまとの里 □ 暢寿園 施設長 様

特別養護老人ホームに入所を希望したいので下記のとおり申し込みます。

1．申込者（ご家族、他連絡先）今後、入所のご案内等はこの連絡先に致します。

連絡先	住所	〒　　-		
	フリガナ		続柄	電話番号
	氏名			
	生年月日	年　月　日	同居の有無	□ 同 □ 別

2．ご入所希望者の介護保険情報（入所希望者の方の介護保険被保険者証に記載されています。）

フリガナ		性別	生年月日
入所希望者氏名			□ 明 □ 大 □ 昭　年　月　日
住所	TEL　-　-		
介護保険被保険者番号	0 0 0 0	要介護度 要介護	保険者
介護認定有効期間	年　月　日 ～ 令和　年　月　日		

要介護１又は要介護２の方は該当する欄に☑してください。 ※ **下記要件のいずれか一つに該当しなければご入所することができません。**

- □ 認知症であることにより、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が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態
- □ 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、在宅生活が困難な状態
- □ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態
- □ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態

要介護３～要介護５の方は該当する欄に☑してください。

- □ 介護者がいない（独居生活）　□ 介護者はいるが障害や疾病があり介護が困難　□ 介護者はいるが高齢等のため介護が困難
- □ 介護者はいるが就労等で十分な介護が困難　□ 介護者はいるが、育児や他の家族の介護や看病のため十分な介護が困難
- □ その他 【　　】

3．入所希望者の状況

現状	□ 一人で暮らしている。 □ 家族と暮らしている。 □ 施設や病院で生活している。 ※ 施設や病院で生活されている場合 → 施設(病院)名（　　）
申込状況	□ 当施設のみ申込み □ 他の施設も申込んでいる。（今後申込む予定） 既に申込みしている施設名（　　） 今後申込む予定の施設名（　　）
入居希望時期	□ 今すぐ入所の希望 年　月　日 頃までに入所したい。
家族構成	□ 家族等と同居 □ 高齢者夫婦世帯 □ 独居
介護者の有無	□ 必要時に協力してくれる人がいる □ 介護者は一人のみ □ 介護者はいない
介護者の年齢	□ ６０歳未満 □ 60～74歳 □ 75歳以上（介護者不在）
介護者の健康	□ 健康である □ 健康に不安を抱えている □ 介護者も要介護者(介護者はいない)
介護可能時間	□ 介護するのに十分な時間がある。 □ 一部不在な時間がある □ 介護する時間がほとんど取れない。（介護者はいない）
要介護者との関係	□ 良好 □ 介護は行っているが疲労感が強い □ 十分な介護をすることができず、最低限のかかわりのみ（介護者はいない）

４．生活・サービス利用状況

待　機　状　態	□ 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがない □ 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがある □ 期間制限なし　□ ６～１２ヶ月　□ ６ヶ月未満 □ 自宅など
在宅サービス利用率	□ 施設、病院に入所（院）　□ 限度額の40%未満　□ 限度額の40～60%未満 □ 限度額の60～80%未満　□ 限度額の80%以上
在宅サービス利用状況	□ 施設、病院に入所（院）　□ 十分利用している　□ まあまあ利用している □ 一部、抑制している　□ ほとんど利用していない
介護負担段階	□ 第4段階　□ 第３段階　□ 第２段階　□ 第１段階　（生活保護受給）
保険負担割合	↳ 第４段階にチェックしている場合⇒ □ １割負担　□ ２割負担
住　居	□ 施設、病院に入所（院）　□ 快適な生活ができる住居　□ 一部居住性に問題あり □ かなり居住性に問題あり　□ 帰る住まいがない

５．医療の状況

かかりつけ病院 ①	医療機関名（　　　） 診療科目（　　　）担当医（　　　）		
かかりつけ病院 ②	医療機関名（　　　） 診療科目（　　　）担当医（　　　）		
現在治療中の病名			
現在の医療処置等	□ 経管栄養　□ 胃ろう　□ 在宅酸素　□ インシュリン　□ 人工透析 □ 人工肛門　□ 膀胱カテーテル　□ その他　（　　　）		
既往・現病歴	発症年月日	病名	病院名・処置・入院期間など
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		

６．経済状況について

収入種別	□ 年金　（ 種類 ：　　　）　金額　1ヶ月当たり　　円 □ その他の収入　（　　　）
障害手帳	□ 無　□ 有（　種　級）交付日　平成　年　月　日
障害名	

７．家族の状況（申込者以外でご協力いただける方）

氏　名	続柄	生年月日	同居の有無	備考
		年　月　日	□ 同　□ 別	
		年　月　日	□ 同　□ 別	
		年　月　日	□ 同　□ 別	

８．担当ケアマネージャー、入院中の場合は、担当ソーシャルワーカー

居宅介護支援事業所名	ケアマネージャー氏名	連絡先

【特別養護老人ホームやまとの里又は特別養護老人ホーム暢寿園お申込みに関わる個人情報取り扱いの同意について】

私は、特別養護老人ホームやまとの里又は暢寿園の入所申込に当たり、下記の利用目的の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

①医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、保険者その他社会福祉団体等の連絡調整

②施設内で開催される第三者が出席する入所判定委員会 ③その他、入所判定に伴い必要な場合

入所希望者氏名　印	代筆者氏名（代筆した場合）　印	申込者氏名　印