



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 1 年 10 月 1 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

申込まれる施設に

特別養護老人ホーム

やまと
 暢寿

記載要領

申込日のみ記載

携帯電話等で連絡が

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	〒 066 - 0066 千歳市大和4丁目2番1号		
	フリガナ	ヤマト タロウ	続柄	電話番号
	氏名	大和 太郎	長男	090-0000-0000
	生年月日	昭和 30 年 10 月 10 日	同居の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 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	ヤマト イチロウ	性別	生年月日		
入所希望者氏名	大和 一郎	男	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	10 年 10 月 10 日	
住所	千歳市大和4丁目2番1号			TEL	0123 - 23 - 1228
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9	要介護度	要介護 5	保険者	千歳市
介護認定有効期間	令和 1 年 6 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 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。 ※ 下記要件のいずれが一つに該当しなければご入所できません。

- 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
- 該当する方のみ

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

該当する箇所に

現 状	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している。
申 込 状 況	※ 施設や病院で生活されている場合 → 施設(病院)名 () <input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる。(今後申込み予定) 既に申込みしている施設名 (特別養護老人ホーム暢寿園) 今後申込み予定の施設名 ()
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所の希望 令和 2 年 11 月 30 日 頃までに入所したい。
家 族 構 成	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居
介護者の有無	<input type="checkbox"/> 必要時に協力してくれる人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 60～74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上(介護者不在)
介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input checked="" type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者も要介護者(介護者はいない)
介護可能時間	<input checked="" type="checkbox"/> 介護するのに十分な時間がある。 <input type="checkbox"/> 一部不在な時間がある <input type="checkbox"/> 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 的 関 係	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 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

担当の介護支援専門員等にご確認ください。

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

5. 医療の状況 現在内服薬等を服用し、治療している病気や怪我

かかりつけ病院①	医療機関名（千歳第一病院）	診療科目	第1段階	市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者 生活保護受給者
かかりつけ病院②	医療機関名（ ）	診療科目	第2段階	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方
現在治療中の病名	高血圧症、脳梗塞後遺症		第3段階	市町村民税世帯非課税であって、 利用者負担第2段階以外の方
現在の医療処置等	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/>		第4段階	上記以外の方
既往・現病歴	発症年月日	病名	病院名・処置・入院期間など	
	平成 25 年 4 月 1 日	脳梗塞	市立千歳市民病院	
	平成 30 年 3 月 31 日	右大腿骨頸部骨折	北星病院	
	令和 1 年 1 月 10 日	脳梗塞再発	千歳豊友会病院	

6. 経済状況について 現在治っているが、過去に入院などして治療した病気や怪我

収入種別	<input checked="" type="checkbox"/> 年金（種類：国民年金） 金額 1ヶ月当たり 50,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> その他の収入（貸しアパートの家賃収入 150,000万円/月）
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（1種1級） 交付日 平成 25 年 6 月 1 日
障害名	脳梗塞後遺症による、右上下肢機能の全廃 収入の金額は、おおよそで構いません。

7. 家族の状況（申込者以外でご協力いただける方） 差支えない範囲でご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	同居の有無	備考
千歳 花子	長女	昭和 32 年 10 月 10 日	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	岩手県在住（年に3回程度来千）
大和 大輔	次男	昭和 35 年 4 月 1 日	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	市内在住だが多忙で連絡が付きにくい
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 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
やまとの里居宅介護支援事業所	介護 五郎	0123-27-7503

【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
---------	---	-------------------	---	-------	---