

みどりの杜 入所申込書

特別養護老人ホームみどりの杜への入所を希望するので、以下の通り申し込みます。

平成 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------|--|---|---------------------|---|------------------|--------------------|
| フリガナ | | | 男・女 | 明 | | |
| 氏名 (ご本人) | | | | 大 | 年 | 月 |
| 住所 | 〒 - | | | | 電話 | |
| 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 医療保険等の種類 | 1. 国民健康保険(本人・扶養) | | 2. 社会保険被保険者証(本人・扶養) | | | |
| | 3. 後期高齢者医療保険証 | | 4. 障害者手帳(級 身体・精神) | | | |
| 年金等 | 1. 国民年金 (¥ /月) | | 2. 厚生年金 (¥ /月) | | 3. その他 (¥ /月) | |
| | 4. なし | | | | | |
| 施設利用時の費用負担 | 入所された場合の施設利用料をご負担される方のお名前・続柄・収入についてご記入下さい。 お名前()続柄()収入() | | | | | |
| 現在の介護の状況 | 1. 入院中・入所中。(病院または施設名) いつから入院・入所されていますか。(年 月頃から) | | | | | |
| | 2. 介護保険サービスを未利用で家族だけで介護している。 | | | | | |
| | 3. 介護保険サービスを利用しながら家族が介護している。 | | | | | |
| | 4. 介護保険サービスを利用しながら1人で生活している。 | | | | | |
| | 3・4とお答え頂いた方 事業者名 () ケアマネージャー名 () | | | | | |
| 入所を希望する理由 | 1. 身寄りがなく介護する人がいないため。 | | | | | |
| | 2. 近隣に家族(もしくは親族)が住んでいるが同居していないため。 | | | | | |
| | 3. 本人を介護する人が長期入院中や病气療養中であつたり、また障害を持っているため。 | | | | | |
| | 4. 本人を介護する人が高齢である。または介護認定を受けているため。 | | | | | |
| | 5. 本人を介護する人が既に介護や育児または就業しているために介護が困難 | | | | | |
| | 6. 本人を介護する人の身体的・精神的な負担が大きいため。 | | | | | |
| | 7. 病院や他施設から退院・退所を求められているが、在宅介護は困難なため。 | | | | | |
| | 8. その他 | | | | | |
| 入所希望時期 | 1. 今すぐ入所したい | | 2. 1年以内 | | 3. 必要時 | |
| 申込状況 | 他に申し込みされている施設があればご記入ください。 1. 2. 3. | | | | | |

| | 介護者 | 氏 名 | | 続 柄 | 年 齢 | 職 業 | 備 考 |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 同居している 家 族 (介護している 方に○印をつ けてください) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 身元引受人 | 氏 名 | | 続 柄 | 年 齢 | 職 業 | 住 所 | 電話番号 |
| | | | | | | | |
| 上記以外に連 絡が取れる 親 族 | 氏 名 | | 続 柄 | 年 齢 | 職 業 | 住 所 | 電話番号 |
| | | | | | | | |
| 家族協力 | 入所された場合、どのようなことにご協力を頂けますか。 1. 面会(回/月) 不可能(理由) 2. 受診の付き添い a. 突発的な場合でも可能 b. 事前連絡により可能 c. 不可能(理由) | | | | | | |
| 【介護をしている上で困っている事等】 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|--|---|---|---|----|---|-------|
| 説明確認欄 | 私は、入所申し込みに際し、入所順位決定方法について施設より説明を受けました。 | | | | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | 氏名 | ㊞ | 続柄() |

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-------|----|---|---|---|--|
| 施設記入欄 (記入しないで 下さい) | <input type="checkbox"/> 介護保険証写し | 申込受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 利用票・別表 | 受 付 者 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 | | | | | | |

◎特定入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮することとされました。

①認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・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。

◎要介護1及び2の方が、①～④に該当する場合のみ、特養入所が可能になりますので、要介護1及び2の方に関しては、【介護をしている上で困っている事等】の欄に、その状況を詳しく記入してお申し込みください。