

(様式 1)

記入例

特別養護老人ホーム優先入所申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム しいの木の郷 施設長 様

介護保険証に記載してある市町村名、被保険者番号、要介護区分、有効期間をご記入ください。

【申込者】

住所	〒 341-0056 埼玉県三郷市番匠免1-314	
(ふりがな) 氏名	しいのき かずお 権木 一男	本人との関係 長男
電話番号	048 (949) 4123	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者本人の状況①

(ふりがな) 氏名	しいのき たろう 権木 太郎	性別	(男)	介護保険情報	保険者(市町村)	〇〇市
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	性別	女	被保険者番号		
住所	〒 341-0056 埼玉県三郷市番匠免1-314			要介護度	1・2・3・4・5	
				有効期間 (※1)	年 月 日～ 年 月 日	
現在利用中の在宅サービスの状況 (※2)	1. 訪問介護 ()			6. 通所リハビリテーション(デイケア) ()		
在宅サービスをご利用中の場合は、該当する番号に○をつけて、括弧内に1ヶ月の利用回数を記入してください。	2. 訪問入浴介護 ()			7. 短期入所生活介護(ショートステイ) ()		
	3. 訪問看護 ()			8. 短期入所療養介護(ショートステイ) ()		
	4. 訪問リハビリテーション ()			9. 福祉用具貸与・購入費支給、住宅改修 ()		
	5. 通所介護(デイサービス) ()			10. その他 ()		
認知症等による 行動・心理症状	1. 非常に多い 2. やや多い 3. 少しあり 4. なし					
該当する項目と、頻度を 記入してください。	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ()					
医療的処置(現在治療中の病気等)の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン (注射) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル					
服薬のみの場合は該当 無しとなります。	<input type="checkbox"/> その他 ()					

入所希望者本人の状況②

<p>優先入所を希望する理由 (※3)</p> <p>一つ以上の項目に○をつけてください。</p> <p>1番に関しては、血縁関係にない成年後見人や関係者の方が申し込みをされる場合のみ該当となります。</p> <p>該当する項目が無い場合は、7番に○をつけて、括弧内に理由を記入してください。</p>	<p>1. 介護者及び血縁者がいない ()</p> <p>2. 高齢者の2人暮らしのため、十分な介護が出来ない ()</p> <p>3. 介護者がいるが、障害や疾病の状況にあり介護が困難 ()</p> <p>4. 介護者が就労しているため、十分な介護が出来ない ()</p> <p>5. 介護者が育児、又は介護者の家族が病気の状況にあり、十分な介護が困難 ()</p> <p>6. 他の介護保険施設に入所しているが替わりたい ()</p> <p>7. その他 ()</p>
--	---

介護者の状況①

<p>主たる介護者の状況 (入院等により実際に介護をしていない場合は主たる関係者を記入してください)</p>	(ふりがな) 氏名	<p>しいのき かずお 権木 一男</p>	性別	本人との関係	
			男・女	長男	
	生年月日	<p>大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)</p>			
	同居の区分	<p>① 同居 2. 別居 () 別居中の血縁者 <input checked="" type="checkbox"/> いる (介護困難・多少介護可能・介護可能) <input type="checkbox"/> いない</p>			
	健康状態	<p>1. 良好 ※主たる介護者本人の健康状態です。 ② 不良 (※括弧内に傷病の状態を記入してください。 例：腰痛等)</p>			
	家族の健康状態	<p>① 良好 ※主たる介護者の家族の健康状態です。 2. 不良 (同居家族がいない場合は空白としてください。)</p>			
	育児状況 (0~12歳)	<p>① 有 (2人 1・3歳) 2. 無 ※主たる介護者本人の状況です。</p>			
	入所希望者以外の要介護者	<p>1. いる (常時 ・ 半日程度 ・ 時々) 2. いない ※入所希望者以外に要介護者がいる場合は「いる」としてください。</p>			
	就労状況	<p>① 常勤(8時間以上) 2. 非常勤 (時間) 3. 就労なし 4. 高齢または疾病のため就労困難</p>			
	介護の可能性	<p>① 介護困難 (理由： ※介護困難である理由を記入してください。) 2. 多少介護可能 (理由： 例：就労により日中不在になるため等) 3. 介護可能</p>			
介護期間	<p>約〇年〇ヶ月</p>				

介護者の状況②

従たる介護者の状況 (入院等により実際に介護をしていない場合は従たる関係者を記入してください)	(ふりがな) 氏名	しいのき はなこ 椎木 花子	性別	本人との関係
	生年月日	大・昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	長男の配偶者
	同居の区分	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 2. 別居 ()		
	介護の可能性	<input checked="" type="radio"/> 1. 介護困難 (理由: ※介護困難である理由を記入してください。) <input type="radio"/> 2. 多少介護可能 (理由:) <input type="radio"/> 3. 介護可能		
	介護期間	約〇年〇ヶ月		

県や市の調査に使用する項目です。申込順位に影響はございませんので、該当するものに〇をつけてください。

その他

特別養護老人ホームへの入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい
特別養護老人ホームへの申込状況	1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設に申し込んでいる 施設名・
待機期間	
居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2の方の入所申込時に記入)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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る <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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な状況である

説明確認

私は、優先入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準について、施設から説明を受けました。

令和 年 月 日

氏名:

※1 介護保険被保険者証、居宅サービス利用票(介護保険サービス利用中の方)の複写を添付して下さい。

申込書受け取り時に説明を受けていない場合は、申込受付時に説明をさせていただきます。その具体的な内容を記入して下さい。

申込書を持参される場合は、お電話にてご予約ください。郵送にて提出される場合はお電話にてご連絡し、指示をさせていただきます。

要介護認定1・2の方について入所申込みする場合はいずれかの項目にしてください。