

入所申込書について

1. 入所申込書(別紙1)に必要事項を記入願います。事前に連絡の上、ご持参ください。
2. 提出の際は介護保険被保険者証の写しを必ず添付願います。尚、居宅サービスをご利用の方は、居宅サービス計画書(ケアプラン)の写しを添付願います。

添付されていない場合、申込書の受理事務が遅れますので、留意願います。
3. 入所判定の対象となるのは、入所申込みしている方のうち、要介護3から要介護5までの方
又は要介護1若しくは要介護2の方で、日常生活を行う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より、特例的な施設入所が認められる方になります。
4. 提出いただいた書類をもとに施設において、点数化し5グループに分けて点数の高い方から利用開始となります。
5. 順位については1～2箇月ごとに入所検討委員会を実施し見直しを行います。見直し後は、前回より必ずしも高い順番になるとは限りませんのでご理解願います。
6. 上位の登録確定者になると、和風園の職員が御本人様の様子を確認させていただきます。

(実態調査)この際に入所の意志確認をさせていただきますが、入所の意志がない場合は、順位を繰り下げる。又は申込書の取下げをさせていただきます。
7. 申請者もしくは本人のみ、順位の確認が出来ます。その他の方にはプライバシー保護の為お答えできません。
8. 申込後、他の施設入所等による辞退および申込書の記載内容に状況の変更(要介護度等)がありましたら連絡願います。

(介護保険情報変更時は、介護保険被保険証の写しを送付願います。)

問合せ先	和風園	生活支援係
		太宰・村上
〒981-3623	黒川郡大和町小野字前沢1	
Tel 022-346-2229	Fax 022-346-2305	

(別紙1)

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

和風園長 様

特別養護老人ホーム和風園に入所したいので、申し込みます。

申請者	氏 名	続柄()		年 月 日生	
	住 所	〒		TEL 携帯	
本 人	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏 名	⑩			
現住所	〒 電話 ()				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
介護保険証	被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5	
	認定期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日			
その他 保険証等	・介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 ・介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> なし ・世帯区分 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 ・障害者手帳(種別: 判定 級 種)				
居宅サー ビス等 の利用状況 (ケアプ ラン添付 でも可)	サービス種類		ひと月あたり 利用頻度	事業所名	
	-----		-----	-----	
	-----		-----	-----	
	-----		-----	-----	
家族構成	氏 名	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者にO)		仕事の有無
		()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
介護支援 専門員	事業所名			住所	
	氏 名			TEL	
同 意	市町村から待機者の照会等があった場合、回答に <input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない				
(施設側使用欄)					

(別紙2)

入所希望者調書

申し込み者氏名 _____
入所希望者氏名 _____

受付年月日 令和 年 月 日

項目	利用者の状況（該当する□に✓を記入する・（ ）は状況を記入する）	
要介護度	□1 □2 □3 □4 □5	
生活の状況	□一人暮らし □家族と同居（□75歳以上の高齢者世帯・□子供等同居世帯） □病院・介護老人保健施設等に入院（入所） 名称 _____ 入院時の病名 _____ 入院（入所）時期 令和 年 月 日～ □その他（ _____ ）	
身体 の 状況	食事	□自立 □一部介助（ _____ ） □全介助 食事の内容 □常食 □全粥 □刻み □ミキサー等（ _____ ） □経管等
	排泄	□自立 □一部介助（ _____ ） □全介助 おむつの使用 □なし □夜のみ □常時
	入浴	□自立 □一部介助（ _____ ） □全介助
	更衣	□自立 □一部介助（ _____ ） □全介助
	移動	□自立 □一部介助（ _____ ） □全介助 歩行の状況 □自立 □杖使用 □車いす □寝たきり
	視力	□日常生活に支障あり（ _____ ） □日常生活に支障なし
	意思疎通	□普通 □やや困難 □困難 困難な状況（ _____ ）
介護者の 状況	□介護者なし □介護者はいるが、高齢及び要介護・傷病等の理由により常時介護不可 □介護者はいるが、遠距離在住等別居状態にあり十分な介護不可 □介護者はいるが、就業・病弱等の理由により十分な介護不可 □介護者がおり、ほぼ常時介護可能 □その他（ _____ ） 主たる介護者： _____ 希望者との関係（ _____ ）	
認知症の 状況	□ある □なし ----- 下記のような症状がありますか？ □自傷他害行為 □不潔行為 □異食 □常時徘徊 □暴言・粗暴行為 □その他（ _____ ）	
医療など の 状況	□膀胱留置カテーテル、□経管栄養、□在宅酸素療法、□インシュリン注射 □その他（ _____ ） ----- ・既往歴 ----- ・現在治療中の病気及び医療機関	

<p>特例入所 該当要件 (要介護 1・2の 方のみ記 入)</p>	<p> <input type="checkbox"/>認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/>知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <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 <input type="checkbox"/>単身世帯である、同居家族が高齢また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。 </p> <hr/> <p>特例入所要件に関する在宅生活が困難な状態等について、具体的な理由を記入</p>
<p>その他 特記事項</p>	
<p>希望入所 時期</p>	<p> <input type="checkbox"/>今すぐ <input type="checkbox"/>3ヶ月以内 <input type="checkbox"/>半年以内 <input type="checkbox"/>1年以内 <input type="checkbox"/>将来 </p>