

(様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書 (その1)

No.

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 イヤルの園
施設長 高野澤 一夫 殿 【申込者】

住所	〒		
(ふりがな) 氏名			本人との関係
電話番号	()		

特別養護老人ホームへ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏名		性別	保 険 者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
人	住所	〒	女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	現在利用している 在宅サービスの状況	1 訪問介護 (月 回 週 回)	介 護 認 定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	6 通所リハビリテーション (月 回 週 回)
の	※病院入院中または施設入所中の場合は入院前・入所前の状況を記入してください。	2 訪問入浴介護 (月 回 週 回)			7 短期入所生活介護 (月 回 週 回)
	居宅介護支援事業所の利用状況	3 訪問看護 (月 回 週 回)			8 短期入所療養介護 (月 週 回)
状	入所を希望する理由	4 訪問リハビリテーション (月 回 週 回)			9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()
	※()内には具体的な状況を記入してください。	5 通所介護 (月 回 週 回)			10 その他 ()
況	1 利用している (事業所名				2 利用していない ケアマネージャー名)
	1 介護者がいないため ()				
	2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()				
	3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()				
	4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()				
	5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()				
	6 介護保健施設に入所しているが替わりたい ()				
	7 その他 ()				
	単身生活者の場合	1. 介護者がいる			2 介護者がいない

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	男・女	
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)		
		複数の介護をしているので	1. 介護困難 2. 多少介護可能 3. 介護可能 4. なし		
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児・家族の状況	主たる介護者の健康状態		
	1. あり(該当するものに○) ・8時間以上・高齢で就労不能 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満 2. 介護のため仕事をやめた 3. なし	1. あり(該当するものに○) ・常時の育児・看病が必要 ・半日育児・看病が必要 ・時々育児・看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯のみである 2. なし	1. 良好 2. 不良(該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能		
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	本人との関係	
		同居の区分	1. 同居 2. 別居(住所:)		
		同居介護者の状況	1. 従たる同居家族なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能		
	介護期間	年 月			
別居している血縁者による介護の可能性	1. 別居している血縁者なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能				
その他	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			
	申込をしている施設名	施設名:	住所:		
	居室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1又は2のみ記載)	<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・行動や意志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・行動や意志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、同居家族等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、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: _____				

※ 被保険者証(写)、サービス利用票(写)(3か月分)認定調査票(写)、を添付してください。

※ 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

※ 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

※ この申込書の有効期限は申込日から5年間です。延長を希望する場合は施設に連絡してください。

特別養護老人ホーム入所申込書 (その2)

(申込者状況申告書)

身 体 の 状 況		
現在治療中の 病気等	なし ・ あり ()	
主治医	いない ・ いる (病院名： _____ 医師名： _____)	
既往歴		
日常生活動作能力	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きがわかる 4. 全く見えない
	聴力	1. 普通 2. 大声なら聞こえる 3. 耳元で大声なら聞こえる 4. 全く聞こえない
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 聞き取れない 4. 全く話せない
	全般的 動作	1. 外出できる 2. 家の中なら歩ける 3. 起きられるがあまり動かない 4. 寝たきり・ほとんど寝たきり
	歩行	1. 自立 2. 杖・手すり等を使用 3. 要介護 4. はう 5. 全面介助
	食事	1. 自立 2. スプーン等を使用し自立 3. 一部介助 4. 全面介助
		1. 常食 2. 軟飯 3. 全がゆ 4. 副食きざみ
	義歯	1. なし 2. あり (ア. 全部 イ. 一部 ウ. 有るが使用せず)
	着脱衣	1. 自立 2. 指示すれば可 3. ボタンかけなど一部介助が必要 4. ほとんど着せる 5. 全面介助
	入浴	1. 自立 2. ほぼ普通にできるがやや不自由 3. 浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4. 全面介助
排泄	1. 自立 2. 便器まで介助 3. 自立でポータブル便器使用 4. 便器介助 5. おむつ使用 (常時・昼のみ・夜のみ)	
精神・認知の 状態	記憶 見当識 の障害	1. 名前 (可・不可) 2. 生年月日 (可・不可) 3. 今日の日付 (可・不可) 4. 年齢 (可・不可) 5. 家族の名前 (可・不可) 6. 現住所 (可・不可)
	その他の 症状	1. 不安 2. あせり 3. 興奮 4. 幻覚 5. 妄想 6. 生活意欲の低下・無意 7. 徘徊 8. 奇声・大声 9. 暴力行為 10. その他 ()
身体障害	無・有 障害名 _____ 部位 _____ _____種 _____級 取得年月日 _____年 _____月 _____日	
介護サービスに ついてのご希望		

家 族 構 成					
同居の家族（※1）	氏名	年齢	続柄	住所	職業
別居の家族（※2）					
収 入 状 況					
年金・恩給など	種 類		年額	円	
その他	種 類		年額	円	
特記事項（※3）					

- ※1 同居されている家族については、その全員を記入してください
- ※2 別居されている家族については、ご本人の「子供」「兄弟・姉妹」と成人されている「孫」まで記入してください
- ※3 上記1、2以外の方が申込者となっている場合はその理由を記入してください
その他特記すべき事項があれば記入してください

(別紙)

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム ロイヤルの園

施設長 高野澤 一夫 殿

申込者

住所：

氏名：

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込日

令和 年 月 日

2 入所希望者

住所：

氏名：

3 取り下げる理由

同意書

(あて先) 所沢市長

介護老人福祉施設への入所判定に際し、必要な書類〔認定調査票(基本調査)〕について下記の施設に対し情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所：

被保険者氏名：



被保険者番号：

連絡先：

記

介護老人福祉施設名：	特別養護老人ホーム ロイヤルの園
所在地：	埼玉県所沢市北野三丁目1番地18
施設長名：	高野澤 一夫
連絡先：	TEL. 04-2947-1600

令和 年 月 日

情報提供書

施設長様

所沢市長

過日情報提供依頼のありました下記被保険者の情報提供をいたします。

記

被保険者住所：

被保険者氏名：

被保険者番号：