

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム
清寿園 園長 様

申込日 令和 2年 5月 1日
受付日 令和 年 月 日

【申込者】



住所	〒 344 - 0051 春日部市内牧2072番地	
(ふりがな)氏名	セイジユエン タロウ 清寿園 太郎	本人との関係 夫
電話番号	自宅 048-763-3331 携帯 090-1111-2222	緊急連絡先(勤務先)

本人の状況	(ふりがな)氏名	セイジユエン ハナコ 清寿園 花子	性別	男 女	保険者	春日部市112144	
	生年月日	大(昭) 13年 1月 1日 (80歳)	被保険者番号	0000123456	要介護度	1・2・3・4・5	
	住所	〒 344 - 0051 春日部市内牧2072番地	介護認定期間	平成(令和)30年1月1日から 平成(令和)3年12月31日まで			
	本人が入院・入所中か 入所中か否か	1 入院・入所中である 2 否	施設名: 春日部市	所在地: 春日部中央7-2	電話番号: 048-736-1261		
	日常生活の状況	1 食事 自立・一部介助・介助 2 排泄 自立・一部介助・介助 3 入浴 自立・一部介助・介助		4 更衣 自立・一部介助・介助 5 移動 自立・一部介助・介助 補助具の使用(車椅子) 6 認知症の有無: 有・無			
	現在利用している在宅サービスの状況	1 訪問介護(ホームヘルパー) 2 訪問入浴介護 3 訪問看護		6 通所リハビリテーション(デイ・ケア) 7 短期入所生活介護 8 短期入所療養介護			
	※該当する番号を○で 囲んで下さい。	4 訪問リハビリテーション 5 通所介護(デイ・サービス)		9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他			
	認知症による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし					
	健康状態	【主な既往歴】 脳梗塞で右半身麻痺等(25年3月) アルツハイマー型認知症		【現在治療中の病気等】 右大たい部骨折 変形性膝関節症			
	入所を希望する理由	1 介護者がいない 2 介護者はいるが、高齢である。 3 介護者はいるが、障害や疾病があつて十分な介護困難である。 4 介護者はいるが、他の家族の看護や育児等もしなければならず、十分な介護困難なため 5 主たる介護者が、複数名の介護している 6 介護者はいるが、就業していて、十分な介護が困難なため 7 医療施設に入院又は介護保険施設に入所中であるが、特別養護老人ホームに移りたい。 8 その他					
※ 該当する番号を○で 囲んでください。							
なお、8については、さらに具体的な理由を記載して下さい。							

介 護 者 の 状 況	主たる	(ふりがな) 氏名	セイジュエン 清寿園 太郎	性別	本人との関係
		生年月日	① 明・大・昭 10 年 2 月 2 日(83 歳)	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	夫
		同居・別居の区分	<input checked="" type="radio"/> 同居 2 別居 「別居」の場合は住所		
	介護者	介護者	②主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか。 <input checked="" type="radio"/> 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし		
	状況	③主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある。 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・なし			
		④主たる介護者が複数名の介護をしているか。 <input checked="" type="radio"/> 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし			
		⑤主たる介護者の就労の状況 <input checked="" type="radio"/> 8時間以上又は高齢で就労 不能 ・4時間以上8時間未満・4時間未満・なし			
の 状 況	従たる	(ふりがな) 氏名	セイジュエン 清寿園 次郎	性別	本人との関係
		生年月日	明・大・昭 40 年 4 月 1 日(53 歳)	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	子
	介護者	従たる同居介護者の介護の可能性	⑥ 1 いない <input checked="" type="radio"/> 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能		
		別居している身内による介護の可能性	⑦ 1 身内はない <input checked="" type="radio"/> 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能		
	介護開始時期(介護期間)	平成・令和 19 年 4 月から(1 年 5 か月)			
	主たる介護者の健康状態	主たる介護者の家族の健康状態			
	良好 <input checked="" type="radio"/> 不良 (腎不全により通院中)	良好 <input checked="" type="radio"/> 不良 ()			
そ の 他	入所を希望する時期	① <input checked="" type="radio"/> 今すぐ入所したい 2 年 月頃までに入所したい 2を○で囲んだ場合はその理由 ()			
	申込みの状況	1 当該施設のみ申し込む ② <input checked="" type="radio"/> 他の施設に申し込んでいる 所在地: 申込施設ご住所 施設名: 申込先施設名			
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: _____				

- ※ 申込に際しては、①介護認定調査票のコピー、②介護保険被保険者証のコピー、③サービス利用票のコピーの3種類の資料を添付して下さい。
- なお、③のサービス利用票のコピーは、在宅サービスを利用されている方については、直近3ヶ月分を添付してください。また、現在、介護保険施設に入所、あるいは医療施設に入院している方についても、入所・入院前に在宅サービスを利用されていた方は、その当時の最後の3ヶ月分のコピーを添付してください。
- ※ この申込書を提出した後、他施設に入所することができたなどの理由によって、当施設への入所の必要性がなくなった場合は、その旨を速やかに連絡してください。
- ※ この申込書を提出した後、記載事項に変更が生じたときは、その変更内容を速やかに連絡してください。