(様式1) 指定介護老人福祉施設等入所申込書

受付日 年 月 日

申込み日 年 月 日

申込者 今後、郵送物などはこの連絡先にお送 (連絡先) りさせていただきます。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等に 入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 住所:	_			
氏名			続柄	
電話		()	
携帯	_		_	

申込:	先	# 土 5	保険者											
(入所	希望	オサノ 望施設)	別養護老人ホーム ウィズ東苗穂 ─────────────────────────────────											
	(フリガナ)		性別 要介護度											
	氏名		男・女 要介護 平成 年 月 日から											
	生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日(歳) 認定期間 平成 年 月 日まで											
	現住所		- -											
			ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: 所在地(市町村名のみ)											
			入所又は入院時期: 平成 年 月 日から入所・入院している											
		家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居											
	介護	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない											
		介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60~74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない											
		介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない											
		介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない											
		要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない											
		待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間(イ 制限なし ウ 6~12ヵ月 エ 6か月未満) オ 自宅等											
_	介護者等	在宅サ ー ビス 利用率	ア 施設·病院等に入所中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%~60%未満 エ 限度額の60%~80%未満 オ 限度額の80%以上											
入所	の	在宅サービス	ア 施設・病院等に入所中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している											
者希	状況		エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している											
望 者		保険料の段階	ア 第5段階以上 イ 第4段階 ウ 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階											
の 状		住居	ア 施設・病院等に入所中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある											
況			エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない											
	入瓦	 听希望時期	ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃まで入所したい											

			経管栄養		胃ろう		在宅酸氢	Ę	I	インシュリ	ン注射	オ	その他()	
医卵	その状況	【現在	E治療中の病気	え ∙特┆	記事項等】										
		該当する特例入所の要件(①・②・③・④) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。													
該当	引入所の要件に 当するやむを得)事由	備考	(以下に具体的	りな理	!由等の記	入をお	いします	-。)							
									(〔記入者				続柄等)
その他															
ア 該当施設のみ イ 他の施設に申し込んでいる又は今後申込む予定															
*既に申込みしている他の施設名他施設申し込み状況										,					
		(*今後	き申込む予定の	の他の)施設名()
	(フリガナ)						性5	到 ;	本人	との関係					
	氏名						男 •	女 :	生年	月日			年	月	日
	同居の区分	ア	同居している	イ	別居して	ハる	(住所:)
:る 達者	意見	【介護	をしている上	で困っ	っていること										
居宅	·居宅介護支援事業者								電話	番号		()		
は在宅	介護支援センター)											担	当		

※特例入所の要件

- ①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回にみられること。
- ②知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻回にみられること。
- ③家族等による深刻な虐待が疑われる等により、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による支援が期待できず、かつ、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。