

指定介護老人福祉施設 「特別養護老人ホーム」への

入所申込み方法

入所の対象となる方

要介護 3 以上と認定された方のうち、居宅において日常生活を営むことが困難な方とする。但し、要介護 1 又は 2 の方のうち次に掲げるいずれかの場合で、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、介護保険の保険者の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所選考委員会を経て、特例的に入所を認めることとする。

入所申込方法

入所申込書兼台帳に必要事項を書き込み、ケアネージャーに入所選考調査票を記載してもらい、介護保険被保険者証 (写)、要介護認定調査票 (写)、直近 3 ヶ月分のサービス利用票 (写)、サービス利用票別表 (写)、など必要書類を添付の上、本人又は家族等から直接施設に申し込んでください。

入所の必要性を要介護度、介護者の有無、在宅サービスの利用率、地域性による評価、家族の介護量や個別の事情等により、総合的に評価し、入所の順位が決定されることとなります。

特別養護老人ホーム 大阪好意の庭

柏原市旭ヶ丘 3-13-45 ☎ 072-976-0090

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)		
氏名：大阪 ○邸	続柄	子
〒 540-xxxxx		
住所：大阪市中央区大手前×丁目		
電話番号	06-(xxxxxx)-xxxxx	

施設 記入 欄	申込日	年月日	受付日	年月日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込 施設名			
	保険者へ の報告	不要	要	
	報告日	平成	年	月 日

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

(フリガナ)	オオサカ ○○コ	性別	男
氏名	大阪 ○子	被保険者番号	0123456789
生年月日	明・大・ 昭 10年10月10日 (満79歳)	要 介 護 期 間	平成26年9月1日から 平成27年8月31日まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日
要介護度	要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症が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みられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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みられる。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状況である。 <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である。		
障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)		
自宅住所	〒540-xxxxx 大阪市中央区大手前○丁目○番地	電話番号	06 (xxxxx) xxxx
現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 所在地 電話番号 ()	入所又は入院期間	平成 年 月から (年 月)
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(屋間同居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人の入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難		

在宅介護 継続期間	3年 6か月		居宅サービスの 利用の有無	☑有(下記も記入してください) ☐無
	申込日前 月に利用 中のサー ビス (月分)	訪問介護 回/月 8回/月		
入所希望 時期	☐早期希望(1~3か月内) ☑6か月以内 ☐1年以内 ☐1年以上()年以内			
利用して いる居宅 介護支援 事業所名	居宅介護支援事業所○○○ 電話番号: 06(×××××)××××	担当ケア マネジャー名	谷町 ○○	
医療の 状況	☐経管栄養 ☐胃ろう ☐酸素療法 ☐インスリン自己注射 ☐ストーマ(人工肛門)処置 ☐カテーテル ☐中心静脈栄養 ☐その他(現在治療中の病名 高血圧症) 受診している医療機関 ○○医院 【特記事項】 認知症			
他施設 への 申込状況	☐当該施設のみ申込み ☑他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる (1 箇所) 既に申込んでいる施設名 (○○○苑) () 今後申込む予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 1年 8か月			
主たる介 護者の状 況	家族構成	☐親 ☑配偶者 ☑子 ☐孫 ☐その他() 計 人		
	(フリガナ) 主たる 介護者の 氏名	オ オ サ カ ○ ○ エ	性別 男	年齢 満 50 歳
意見等 (介護等 で困って いるこ と)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) (例) 妻はパートで週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが 母の昼夜逆転が顕著になり、私も夫も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。 経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。			
同居以外の親族・援助者の有無について				
1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族は(ないが)援助者あり ④ 親族・援助者なし				

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】等入所申込書兼台帳

氏名：	続柄
〒	
住所：	
（家族等代理の方の場合）	
電話番号	

施設 記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要	要	
	報告日	平成	年	月 日

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

(フリガナ)		性別	男	女
氏名		保険者(番号)		
		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要 介 護 認 定 期 間	平 成 年 月 日 まで	平 成 年 月 日
			※未申請の方は記入してください	
	1 . 2 . 3 . 4 . 5 ↓			
要介護度	<p>要介護 1・2は下記のいずれかの該当が必要です</p> <input type="checkbox"/> 認知症が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みられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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みられる。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状況である。 <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である。			
障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)			
自宅住所	〒	電話番号		
現在の居所 ※自宅以外に居住している場合記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている		所在地	〒 - 電話番号 ()
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、 「障がい」、 「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間同居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難			

医療の必要性	
同居以外の親族や 援護者の有無	
在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
家族の介護負担感	
住環境の状況	
その他	

施設記入欄
 年月日(記入日)

入所申込書受付日	年月日	受付番号	有 無	年 月 日	入所日	年 月 日
保険者への報告	要 年 月 日	不要 年 月 日	保険者からの 情報提供	有 無	年 月 日	

施設 年月日(記入日)	要介護度 1・2・ 3・4・5	介護者の有無 ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	在宅サービスの利用率 % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	地域性 同一市町村 圏域内、隣接市	合計 点
【評価すべき個別的事項等】					
施設 年月日(記入日)	要介護度 1・2・ 3・4・5	介護者の有無 ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	在宅サービスの利用率 % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	地域性 同一市町村 圏域内、隣接市	合計 点
【評価すべき個別的事項等】					

施設記入欄
 年月日(記入日)

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特列入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____