

有効期限

令和8年9月30日

様式1

(施設名:特別養護老人ホーム 洗寿園)

入 所 申 込 書

申込年月日		令和 年 月 日		受付番号			
入 所 申 込 者	フリガナ 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		性別	男・女
	住 所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	連絡先	郵便番号(-)			電話番号	()	
	介護認定	申請(更新・変更)中・済			被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5			有効期間		
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他() 年 月頃より 施設名【 】					
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏 名		続 柄		備 考		
	住 所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	連絡先1	郵便番号(-)			電話番号	()	
	連絡先2	郵便番号(-)			電話番号	()	
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名				事業者番号		
	住 所	郵便番号(-)			電話番号	()	
	フリガナ 担当者名		備 考				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名2				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名3				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
入所希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい					

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名

(続柄

)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を必ず確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 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繁に見られること
- ☐ 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等が頻繁に見られること
- ☐ 家族等により深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ☐ 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こと。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			

特別養護老人ホーム 洗寿園 入所申込み別表

※該当するものにレ点や○を付けて下さい。

記載年月日	令和 年 月 日	記載者名	
フリガナ		男・女	
入所申込者氏名			

ご本人の状況	移動	自立・歩行器・車椅子自操・車椅子介助	食事	自立・軽介助・全介助・経管栄養
	排泄	自立・軽介助・ポータブル使用・オムツ	入浴	自立・軽介助・全介助
	認知症行動	不安、抗うつ状態 ・ 絶えず歩き回る(徘徊) ・ 弄便行為 ・ 妄想 ・ 幻覚 幻聴 ・ 暴力 ・ 暴言 ・ 介護拒否 ・ 睡眠障害 ・ 帰宅願望 ・ 異食 (その他具体的に記入ください)		
	認知症行動の頻度 (上記症状が)	ほぼ毎日 ・ 週に1～2回 ・ なし		
	医療の提供	経鼻栄養・胃ろう・在宅酸素・ストマ・尿管カテーテル・その他()		
	その他	※特記事項がございましたら、ご記入下さい。		
	療育手帳・精神保健福祉手帳の有無		有 (級) ・ 無	
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		有 (級) ・ 無	
医療保険	国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他()			
年金の種類	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他			

ご家族等の状況	介護者1 (ご家族)	フリガナ		同居 ・ 別居	家族の構成 ご本人を中心に簡単な家系図をご記入下さい。	
		氏名				
		続柄		年齢		歳
		生年月日				
	介護者2 (ご家族)	フリガナ		同居 ・ 別居		
		氏名				
		続柄		年齢		歳
		生年月日				
	介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 困難・多少困難の理由) ※介護者自身のお身体が、介護できる健康状態かを尋ねております。			
	複数介護・育児・就労		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (介護・育児・就労) ←○をつける			
他の介護協力		<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り(週1～3回) <input type="checkbox"/> 常時有り(週4日以上) ※主介護者以外に協力できる方の頻度を尋ねています				

特記事項	遠距離介護を行っている	<input type="checkbox"/> 詳細:
	長期にわたる介護を行っている	<input type="checkbox"/> 詳細:
	施設、病院等から退所、退院を求められている	<input type="checkbox"/> 詳細:
	住環境がご本人の身体状況に適していない	<input type="checkbox"/> 詳細:
	特に考慮すべき認知症症状がある	<input type="checkbox"/> 詳細:
	その他	※入所を希望する理由を記載してください。