

施設長	副施設長	事務長	施設課長	相談員
入所区分		一般 ・ 特例		
入所申込日		平成	年	月 日
入所申請受付日		平成	年	月 日

特別養護老人ホーム さくら苑 入所申請書

特別養護老人ホーム さくら苑  
施設長 坂本 正司 様

入所申込者 〒 —

住所:

氏名:

電話番号: —( )—

入所希望者との続柄 ( )

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入所希望者の状況					
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満( )歳
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
現住所	〒 —				
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等				
	[施設又は病院等]				
	名称				
	所在地				
	入所(院)開始年月日				
保険者名		被保険者番号			
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
入所希望理由	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため。				
	<input type="checkbox"/> 介護者はあるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため。				
	<input type="checkbox"/> 介護者はあるが、その者が身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため。				
	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため。				
	<input type="checkbox"/> 現在入所(院)している施設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"/> その他( )				

様式1

入所希望者の状況	
入所希望内容	<p>部屋のタイプは(□ユニット型個室 □従来型個室 □多床室)を希望します。</p> <p>ユニット型個室:20室 ※玉名市在住の方に限ります 従来型個室:10室 多床室:15室(4人部屋⑤・2人部屋⑩)</p> <p>☆「利用料金表」を参照いただき、ご記入ください。</p> <p>* 他施設への入所申請意向等 □申請予定なし □申請予定 (施設名: ) (施設名: )</p> <p>※負担限度額認定証をお持ちの方はお知らせください【 】</p>
	その他入所に関して特に希望する事項 (サービス内容等)

特例入所を希望する事由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p>□ 認知症であり、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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 家族等による申告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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ その他</p> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同意書
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>入所申込者 氏名: 印</p> <p>入所希望者 氏名: 印</p>

**※ 介護保険被保険者証(コピー)を添付してください。**





様式4

調査項目	内 容	
生活環境	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(子の家等に同居する場合も含む) [家族がいる場合の家族構成] <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	居住の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない場所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない場所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族の他、同居の家族以外の肉親、縁者等も含むが、介護保険等の保健・医療・福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 [介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定] ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を示す。	
	氏名	入所者との続き柄 <input type="checkbox"/> 年齢 満(      )歳
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)
	就労等の状況	週      回、1日あたり      時間      に従事
	疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有(      ) <input type="checkbox"/> 無
	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。
	介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担がない
介護者に関する特記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	

様式5

調査項目	内 容		
退所(院)後の 在宅サービス での介護保険 居宅サービス 又は介護保険 以外の福祉 サービス等の 利用予定	□利用する。 □利用しない。 * <u>現在、利用中または、必要性のあると判断するサービスを記入して下さい</u>		
	[利用する場合の予定]		
	介護保険の居宅 サービス(※)の 利用予定	サービス種類	利 用 頻 度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
			週・月( )回 1回あたり( )時間・日程度
全サービス合わせて、( )%程のサービス利用予定			
介護保険以外の 福祉サービス等 の利用予定	サービス種類	利 用 頻 度	
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。		
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。		
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。		
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。			

様式6

調査項目

(前記調査項目以外で、入所申込に関して、特に留意すべき事項があれば記載してください。)

その他入所申込に際して、特に留意すべき事項