

介護老人福祉施設 月寒あさがおの郷 入居申込書

〈記載例〉

申込日 ○○年 ○○月 ○○日
 受付日 ○○年 ○○月 ○○日

【申込者（連絡先）】

※今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
 月寒あさがおの郷に入居したいので次のとおり
 申し込みます。

〒 ○○○ - ○○○○	
住所: 札幌市 ○○区 ○○○条 ○○丁目○-○	
氏名: 朝顔 花子	続柄: 妻
電話: ○○○ (○○○) ○○○○	

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人 溪仁会 介護老人福祉施設 月寒あさがおの郷		保険者	○○市○○区
			被保険者番号	○○○○○○○○○○
(フリガナ)	アサガオ タロウ	性別	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※要介護1、2の方は特例入所の事由【裏面】を必ず記入して下さい。
氏名	朝顔 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)	要介護認定期間	令和○○年○○月○○日 から 令和○○年○○月○○日 まで	
現住所	〒 ○○○-○○○ 札幌市 ○○区 ○○○条 ○○丁目 ○○ - ○○			
現況	<input type="checkbox"/> ア. 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> イ. 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 施設・病院等に入所(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: ○○○○○ 病院 所在地(市町村名のみ) ○○市 入所又は入院時期: 平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日 から入所・入院している			
	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) <input type="checkbox"/> ウ. 独居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない		
介護者等の状況	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(または介護者はいない)		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(または介護者はいない)		
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間あり <input checked="" type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(または介護者はいない)		
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが、疲労感が強い <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 最低限の関わりのみ(または介護者はいない)		
生活・経済の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等		
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上		
	在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階		
	住居	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない		

入居希望者の状況

経済 の 状 況	収入状況	〇〇〇〇〇〇年 金	年 額	〇〇〇〇〇〇	円
		年 金	年 額		円
		その他	年 額		円
入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> イ. 年 月 頃までに入居したい				
他施設申込み状況	<input type="checkbox"/> ア. 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> イ. 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定 * 既に申込みをしている他の施設名 (特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇) * 今後申し込む予定の他の施設名 ()				
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由 (要介護1.2の方で特例入所に該当する方はご記入ください)	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。備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いいたします。) 《例》 認知症があり、季節、場所、自分の名前を忘れてしまっている。また、常に落ち着きがなく家から一人で出たがり外出しても戻ることができず警察に保護されることも何回かある。 (記入者 朝顔 花子 続柄等 妻)				
医療の状況 ※できるだけ詳しくご記入ください。	<input type="checkbox"/> ア. 経管栄養 <input type="checkbox"/> イ. 胃ろう <input type="checkbox"/> ウ. 在宅酸素 <input type="checkbox"/> エ. インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ. ペースメーカー <input type="checkbox"/> カ. その他() 【過去にかかれた病気】 平成〇〇年〇〇月 左眼白内障手術 平成〇〇年〇〇月 脳梗塞のため、〇〇〇病院へ入院 令和〇〇年〇〇月 骨折のため、〇〇〇病院へ入院。手術 【現在治療中の病気・特記事項等】 高血圧症、認知症、白内障、骨粗しょう症 【かかりつけ医療機関】 ①: 〇〇〇病院(内科) ②: 〇〇〇クリニック(整形外科) ③: 〇〇〇クリニック(眼科)				
主たる 介 護 者	(フリガナ)	アサガオ ハナコ	性 別	本人との関係	夫
	氏 名	朝顔 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	明治 大正 ・昭和・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> ア. 同居している <input type="checkbox"/> イ. 別居している (住所:			
意 見	【介護をしている上で困っていること等】 どんな内容でも構いませんので、できるだけ詳しくご記入ください。 《例》 高齢で持病があり、妻の介護するのが大変。特に夜のトイレ介助をすることとなると十分にできない。				
紹介者又は担当者	居宅介護支援事業所、または入所(入院)中の施設・病院名 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇、又は 〇〇〇〇病院 担当者名: 〇〇〇〇〇 電話番号: 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				

※介護老人福祉施設月寒あさがおの郷への入居申込みで得た個人情報、入居決定に際してのみ使用させていただきます。

※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繁に見られること。
- 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等が頻繁に見られること。
- ③ 家族等による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。
- 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等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。