

特別養護老人ホームみちみち伊奈中央入所申込書(様式1)

社会福祉法人 光彩会
 特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央
 理事長 野澤 孝道 様

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

【申込者】

住所	〒	続柄
ふりがな氏名		様
電話番号	()	
その他連絡先(※1)	(携帯) ----- (会社名・番号)	

「特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央」へ入所したいので、次の通り申し込みます。

入所希望者状況	ふりがな氏名		男・女	電話	()	
	生年月日	大 昭 年 月 日 (歳)		介護度(※2)	1・2・3・4・5	
	住所	〒				
	現在利用している 居宅サービスの状況 ※入院・入所されている場合は、入院・入所前後の状況を記入してください。	□訪問介護 (月 回・週 回)		□通所リハビリ(デイケア) (月 回・週 回)		
		□訪問入浴介護 (月 回・週 回)		□短期入所生活介護 (月 回・週 回)		
		□訪問看護 (月 回・週 回)		□短期入所療養介護 (月 回・週 回)		
		□訪問リハビリテーション (月 回・週 回)		□福祉用具貸与・購入費 (品目 円)		
		□通所介護(デイサービス) (月 回・週 回)		□その他 ()		
	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)の利用	□ 利用している (事業所名)		□ 利用していない (ケアマネ名)		
	入所を希望する理由 ※()内に具体的な理由を記入してください	□ 介護者がいない ()				
□ 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難 ()						
□ 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難 ()						
	□ 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難 ()					
	□ 介護者がいるが育児又は家族が病気で十分な介護が困難 ()					
	□ 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()					
	□ その他 ()					
単独生活者の場合	□介護者がいる		□介護者がいない			

※1 日中に連絡のとれる連絡先(職場・携帯等)と会社名・時間帯を記入してください。

※2 介護保険で「自立」もしくは「要支援1・要支援2」で認定されている方は申し込みできません。

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者 (あり・なし)	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	従たる 介護者 (あり・なし)	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間		年 月			
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢で就労していない ・ 常勤で勤務 ・ 4時間以上8時間未満 ・ 4時間未満 		有 (歳) (歳) (歳)		良好 不良 ()		
		無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ()		

同居の家族状況				
	氏名	年齢	本人との関係	職業
1				
2				
3				
4				
5				

別居している血縁者による介護の可能性				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 別居している血縁者がいない ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 				

特別養護老人ホームみちみち伊奈中央入所申込書(様式2)

入所希望者名 _____ 様

現在治療中の病気等			
病名	病院名	区分	期間
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	

既往歴			
病名	病院名	区分	期間
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	

主治医	病院名:	医師名:
-----	------	------

日常生活動作	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人・物等の動きがわかる <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明 (眼鏡: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元での大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 (補聴器: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)					
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない					
	日常動作	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 室内なら歩行できる <input type="checkbox"/> 起居動作ならできる <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 介助にて歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> スプーン等を使用し自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可					
		食事の種類	(主食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 五分粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
			(副食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 極キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー
		(カロリー制限)	kcal				
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 有るが使用していない)					
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示にて着脱を行う <input type="checkbox"/> ボタンかけ等に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 背中等の洗身に一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴できない						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> 自宅トイレ <input type="checkbox"/> 簡易トイレ) <input type="checkbox"/> 移動・後始末・ズボンの上げ下げ等に介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ)						

医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれ(箇所)) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

認知症状	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口にす <input type="checkbox"/> その他()
------	---

認知症等による不応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし
-------------	---

入所希望者の現在の所在地	
現在の所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 <input type="checkbox"/> その他() ※ 施設・病院の場合 名称： 所在地：

入所希望者の収入状況		
種別	項目	年額
年金・恩給等		
その他		

介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額： <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 無
------------------	---

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護
------	--

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害名 () 手帳種類 () _____種 _____級 取得年月日 _____年 _____月 _____日交付
-------	---

申込施設	既に申し込みをしている又は申込予定の施設	①	施設名： 所在地： 申込年月：
		②	施設名： 所在地： 申込年月：
		③	施設名： 所在地： 申込年月：

居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">考慮事情</p> <p>ア 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みられる</p> <p>イ 知的障害・精神障害を伴い、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みられる</p> <p>ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められる</p> <p>エ 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な状況であると認められる</p>
--	--

説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。
	平成 _____年 _____月 _____日 氏名：

特別養護老人ホーム みちみち 伊奈中央の申込案内

1、入所申し込みについて

当施設の入所申込用紙にご記入いただき、入所の申込を受け付けいたします。入所の申込ができるのは介護保険の要介護認定 3～5 のいずれかに認定されている方です。

但し、要介護度 1・2に該当される方は、やむを得ない事由がある方については特例的に入所が認められることになっています。

要介護度1・2の方の特例の要件(下記、ア～エのいずれかに該当される方が対象)

- ア 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。
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、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。
- ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められること。
- エ 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な状況であると認められること。

埼玉県においては、「埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針」(平成 27 年 4 月 1 日)の制定に伴い、「入所順位の評価基準」に基づいて必要性を点数で評価し、原則としてその**点数の高い方から順番**に入所していただく事になりますので**先着順ではありません。**

当施設では、毎月優先入所検討委員会をおこない、順位付けを行う予定でおります。県の指針に従った入所方法を取る事により、「先月は50番と言われたが、今月は60番と言われた。」という状況が発生する事も想定されますので、ご了承ください。

2、入所申し込み手続きについて

申込には、申込書及び添付書類が必要ですので、事前に書類をご用意の上お申し込み下さい。

①特別養護老人ホーム入所申し込み書(様式 1、2)

* 記載方法等をご説明いたします。

②介護認定調査票、主治医意見書の写し

* **ご住所地の市役所へご家族様が直接ご請求ください。**

③介護保険者証の写し

* 「介護保険被保険者証」介護認定期間が入ったものをご確認の上、写しを添付して下さい。

④サービス利用表の写し(最近 3 ヶ月分)

* 居宅サービスを受けると、事業所から毎月交付される事になっています。その書類の直近 3 か月分の写し。サービスをご利用でない方はお知らせください。

書類が揃った時点での受付になります。揃わない場合は選考できませんので、ご了承ください。

優先入所順位についてのお知らせ

1、優先入所順位の調整について

「特別養護老人ホーム優先入所順位検討結果通知書」により、通知される当該施設への優先入所順位につきましては、下記の事項に該当しやむを得ないと判断した場合には調整する事がありますので、あらかじめご了承ください。

- ① 認知症に対する施設の受け入れ体制
- ② 医療行為を必要とする場合における施設の受け入れ体制
- ③ その他、入所検討委員会がやむを得ないと判断する特別の理由がある場合

* 当施設は生活施設のため、特別な医療を必要とされる方は御入所が困難になっております。また、認知症の方については、状況等によって受け入れが困難な場合があります。あらかじめご了承ください。

2、介護の必要性に変更が生じた場合の届出について

- ・入所希望者の身体状況、認知症の状態、要介護度等が申し込み時と変わった場合(改善、悪化いずれの場合も)は、改めて順位を決定いたしますので届け出てください。
- ・入所の順番がまわった際に辞退され、次回の入所を希望された場合は、得点を減点し、順位を下げさせていただきます。

3、入所の必要性がなくなった場合の届出について

他の特別養護老人ホームへの入所が決定した時、その他の理由で当施設への入所の必要性がなくなった場合は届出をお願いします。

* 入所申込みの内容に虚偽がある場合や、申込み時と状況が変わったにも関わらず、届出がなかった場合、ご入所いただけない場合がございます。

* その他、ご不明な点やご質問、見学依頼等ございましたら、お気軽にご連絡下さい。

社会福祉法人 光彩会

特別養護老人ホーム みちみち 伊奈中央

〒362-0806

埼玉県北足立郡伊奈町大字小室 9544-3

TEL:048-723-5300 FAX:048-723-5301

申し込み書の記載方法

(様式 1)

説明を要すると思われる項目に限って、申し込み書に記載の順番にしたがって説明します。

なお、ここでは、施設に入所しようとしている方を「本人」と呼んでいます。

1 申込日、受付日:提出(投函)する日の日付けを記載、受付日は空欄のままにしてください。

2 電話番号:自宅の電話番号を記載してください。昼間は職場や携帯のほうがよい場合はその番号と会社名、時間帯もお書き下さい。

3 被保険者番号、要介護度、介護認定期間:介護保険証を見て書き写してください。

4 入所希望者の状況:項目をチェックし、具体的な内容を()内に記入して下さい。

* 本人が医療施設や老人保健施設等(グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等含む)に入院、入所している場合は、基本的に介護者がいないわけですが、退院、退所して家に戻ったときのことを想定して記載して下さい。また、時季によって利用するサービスはその説明書きをお願いします。

5 主介護者の介護状況:それぞれの項目について次の判断基準を参考にして該当するものに○をつけてください。

①「主介護者が障害や疾病の状況にあるか。」本人の介護に対する困難の程度を記入。

- ・入浴、排泄、食事の全般にわたって殆ど対応できない。 → 介護困難
- ・入浴、排泄、食事のうちいくつかにおいて対応ができない。 → 多少介護可能
- ・入浴、排泄、食事の介護全般にわたって、概ね介護ができる。 → 介護可能
- ・介護者の支障になるような障害や疾病はない。 → なし

②「主介護者が育児又は家族が病気の状況にあるか」育児、家族の看護にどの程度手をかけるのか

- ・育児、看護等にどれくらいの時間を必要とするのかによって、「常時…」「半日…」「時々…」「なし…」のいずれかをチェックしてください。

③「主介護者が複数の介護をしている」本人の介護に対する困難の程度を記入。

- ・本人の介護には半日未満の時間しかかけられない。 → 介護困難
- ・半日程度介護する事が可能。 → 多少介護可能
- ・概ね介護する事が可能 → 介護可能

④「主介護者の就労の状況」

- ・1日あたりの平均勤務時間によって、該当するものをチェックして下さい。

6 従介護者の介護状況

- ・同居もしくは別居している、従介護者にどの程度、介護を期待できるかについて記入して下さい。

7 申込施設:他の施設にも申し込んでいる方はその旨、記入下さい。

8 説明確認

説明を受けた日を記入するとともに、氏名欄は入所申込者が自筆で署名・捺印(シャチハタ不可)して下さい(家族による代筆・捺印可)

なお、「説明を受けた」ことについては、文章を読んでこの申込書の記入した場合は、文書説明をもって「説明」と理解して下さい。

(様式 2)

1 現在治療中の病気等、既往歴

・現在の要介護状態となった病気等について、その病名、治療を行った病院名、区分、発症時期・期間を記入して下さい。

(例) 脳梗塞で右半身麻痺 ○○病院 H15年3月頃
アルツハイマー型認知症 △△総合病院 H16年2月

2 主治医

- ・ 介護認定を受ける際のかかりつけの病院。

3 日常生活動作

- ・ それぞれの項目について該当するものをチェックして下さい。

4 医療行為、認知症状

- ・ 現在の生活において、あてはまる項目をチェックして下さい。

5 その他

- ・ 他に書き添えたい事があれば記入して下さい。

6 同居家族の状況

- ・ 緊急時連絡のつく、20歳以上の孫まで記入して下さい。

7 別居家族、親類状況

- ・ 緊急時連絡してもいいと確認してから記入して下さい。

8 収入状況

- ・ 本人の年金、恩給等年額で記入して下さい。

9 介護保険負担限度額

- ・ すでにお持ちの方は書き写してください。

10 障害者手帳

- ・ お持ちの方は記入下さい。

添付書類

①介護認定調査票の写し

- ・ この書類については、市町村ごとに異なりますので、本人の住まいの市町村の介護保険の担当課にご相談下さい。交付していただけない場合は、受付ができませんので必ずご相談下さい。

* 越谷市民の場合は添付してある、「情報提供申請書」にご記入のうえ、越谷市役所高齢介護課に直接、ご家族様が申請して下さい。

②介護保険被保険者証の写し

- ・ 被保険者の住所・氏名・要介護状態区分・認定の有効期間等の項目が記載されている面をコピーして下さい。

③サービス利用表の写し

- ・ 在宅サービス(ホームヘルプサービス、デイケア、デイサービス等)を利用している方は必ず添付して下さい。現在、入院、入所している方についても、それ以前に利用していた方は添付して下さい。
- ・ 添付していただくのは直近3か月分です。(長期入院等でご用意できない場合は連絡して下さい。)
- ・ 不明な点は施設または介護支援専門員にお問い合わせ下さい。

優先入所順位についてのお知らせ

1、優先入所順位の調整について

「特別養護老人ホーム優先入所順位検討結果通知書」により、通知される当該施設への優先入所順位につきましては、下記の事項に該当し、やむを得ないと判断した場合には調整することがありますので、あらかじめご了承ください。

- ① 認知症に対する施設の受け入れ体制
- ② 医療行為を必要とする場合における施設の受け入れ体制
- ③ その他、入所検討委員会がやむを得ないと判断する特別の理由がある場合
*当施設は生活施設のため、特別な医療を必要とされる方の御入所が困難になっております。また、認知症の方については、状況等により受け入れが困難になる場合があります。

2、介護の必要性に変更が生じた場合の届出について

- ・ 入所希望者の身体状況・認知症の状態・要介護度等が、申込時と差異が生じた場合(改善、悪化いずれの場合)には、改めて順位決定をいたしますので必ず届け出をお願いいたします。
- ・ 入所が決まった際にやむなく辞退をなされた場合には、次回の入所をご希望されたとしても、得点は減点され、順位が下がってしまうことがあります。あらかじめご了承ください。

3、入所の必要性がなくなった場合の届出について

他の特別養護老人ホームへの入所が決定した時、その他の理由で当施設への入所の必要性がなくなった場合は届出をお願いします。

*入所申込みの内容に虚偽がある場合や、申込み時と状況が変わったにも関わらず、届出がなかった場合には、ご入所おことわりする場合がございます。

その他、ご不明な点やご質問、相談等ございましたら、お気軽にご連絡下さい。

社会福祉法人 光彩会
特別養護老人ホーム みちみち 伊奈中央
〒362-0806
埼玉県北足立郡伊奈町大字小室9 5 4 4 - 3
TEL 048-723-5300

特別養護老人ホームみちみち伊奈中央入所申込み取り下げ書

私は、先に提出した「特別養護老人ホームみちみち伊奈中央入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1. 申込日

平成 年 月 日

2. 優先入所希望書

希望者氏名 _____ (印)

希望者住所 _____

3. 取り下げ理由

社会福祉法人 光彩会
理事長 野澤 孝道 殿
特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ (印)

申込者住所 _____
