

| | | |
|-----|----------|-------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | 受付担当者 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 | *施設記入 |

印

| |
|------|
| 入所申込 |
| 変更届出 |

特別養護老人ホーム喜楽苑入所申込(変更届出)書

*該当する方をチェックしてください

特別養護老人ホーム喜楽苑 古賀施設長 殿

私は、次の通り現在の私及び私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込(変更届出)を行います。

入所希望者

| | | | | |
|---------|--|------|-----------|----------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 要介護 | 保険者番号 |
| 氏名 | | 男・女 | 有効期間 | H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | 年金額 | 月額・年額 / 円 | |
| 現住所 | 〒 | 電話番号 | () | — |
| 入所希望施設 | <input type="checkbox"/> ユニット希望 <input type="checkbox"/> 従来型希望 | | | |
| 申し込み状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ希望 <input type="checkbox"/> 他施設にも申込済み <input type="checkbox"/> 他施設にも申込予定 | | | |
| 本人同意の有無 | <input type="checkbox"/> 本人同意済み <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 理解困難 | | | |

申込者(連絡先)

| | | | | |
|----|---|-----------|-----|---|
| 氏名 | | 電話番号 | () | — |
| | | 携帯電話 | () | — |
| 住所 | 〒 | 本人との関係() | | |

入所希望者の状況

*該当する項目にすべて✓チェックを入れてください。

| | | |
|---|-------------|-----|
| <input type="checkbox"/> ア 認知症のため常時の見守り、介護が必要 | | |
| <input type="checkbox"/> イ 過去3カ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある | | |
| <input type="checkbox"/> ウ 施設や病院に入所(入院)中 | | |
| 入所(入院)期間 | 種別 | 施設名 |
| 年 月 ~ 年 月 | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | |
| (注)複数の施設等を連続して利用している場合は、古い順から記入してください。 | | |
| 次の治療を要している方については、嘱託医の意見を求める事とします。 ペースメーカー(ワーファリン服用者)・気管支切開・インシュリン・IVH | | |
| <input type="checkbox"/> エ 経管栄養 <input type="checkbox"/> オ 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 | | |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他() | の医療的ケアを要する。 | |

(添付書類)

- ① 介護保険証の写し
- ② イに該当する場合は、過去3ヶ月間の「サービス利用表の」の写し

介護者の状況

*該当する項目をすべて✓チェックして下さい。

| | | | | |
|--|----|----|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> ア 介護者がいない(一人暮らし) | | | | |
| <input type="checkbox"/> イ 一人暮らしではあるが、介護者がいる。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> ウ 本人を含む家族全員が65歳以上の世帯(高齢者世帯) | | | | |
| <input type="checkbox"/> エ 介護者はいるが、疾病、傷病、障害、複数介護、育児、就労、家族が病気、介護放棄等の介護困難事情のため十分な介護ができない | | | | |
| イ~エに該当する場合の記入欄 | | | | |
| 主 | 氏名 | 年齢 | 本人との関係 | 介護困難事情 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- (注)
- 1 すべての介護者・すべての世帯構成員について記入してください。
 - 2 介護困難事情の欄は、具体的に記入してください。
 - 3 主の欄は、主たる介護者について○を記入してください。

主たる介護者の意見

介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。

(例) 認知症による問題行動、在宅サービスの利用が思うようにいかない、介護疲れ、将来の不安等

担当ケアマネージャー等の意見

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|---|--|
| 事業所 | 電話番号() - | 氏名 | |
| * 特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 本人の認知症の状況 (認知症高齢者の日常生活自立度) | | (該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | |

特列入所(介護1・2の方の入所)要件

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。

- 認知症である者であって、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見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、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見られる
- 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
- 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

説明事項確認および同意書

- 入所申込から契約までの必要な手続きおよび入所にあたっての注意事項についての説明
- 入所待機者の入所待機順位決定方法についての説明
- 入所待機順位の見直しについての説明
- 上記の事項について施設より説明を受けました。

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、大分県また市町村から要請があった場合は、この入所申込(変更届出)書の内容を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

注意事項

この申込書の提出後に介護者の状況や本人の状況などに変更が生じた場合及び要介護認定を更新した場合には、変更届け書を提出する必要があります。ただし、要介護認定の更新時の変更届けの場合、要介護度その他申込書に記入した事項に変更がない場合は、更新後の介護保険被保険者証の写しの提出を持って変更届けに変えることができます。これらの提出がない場合は、辞退されたものとみなすことがあります。

なお、入所申込に関しましてご不明な点がございましたら、遠慮なく下記までご連絡ください。
担当 生活相談員 佐藤 恵 ☎番号0973-26-7810

