

従来型・ユニット型指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入居申込書

施設名(※該当する種別・施設名にチェックを入れてください)

- 特別養護老人ホーム
 愛生苑 庄内の里 鳩の丘 黒石荘
 地域密着型特別養護老人ホーム
 愛生苑 安井乃郷

| | |
|-----|----------|
| 申込日 | 平成 年 月 日 |
| 受付日 | 平成 年 月 日 |
| 受付者 | |

施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

| | | | | | | |
|------------|------|--|---------|------------------|---------------------|------------------|
| 入居希望者 | ふりがな | | 性別 | 男 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 女 | | 明・大・昭 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 - | | (TEL) (FAX) | | |
| 被保険者番号 | | | 要介護度 | | 3 4 5 (1 2) | |
| 保険者番号 | | | 保険者名 | | | |
| 初回要介護認定年月日 | | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 | 認定の有効期間 | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 認定審査会の意見等 | | | | | | |

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

| | | | |
|-----|------------|-----|------------------|
| 申込者 | 住所 | 〒 - | (TEL) (FAX) |
| | ふりがな 氏名 | | 入居希望者との続柄 |
| 連絡先 | 住所 | 〒 - | (TEL) (FAX) |
| | ふりがな 氏名 | | 入居希望者との続柄 |

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

- 特別養護老人ホームを選択された方で、愛生苑・庄内の里へ入所申込をされる方は、いずれへの入居を希望されるか、
 にレ印を付けてお選びください。
 多床室を希望 個室を希望 どちらでも可
- 既に申込み済みの施設(※愛生福祉会以外の施設)
 () () ()
 () () ()
- 申し込み予定施設名(※愛生福祉会以外の施設)
 () () ()

| | |
|-----------------|--|
| 説明及び情報提供に関する確認欄 | <p>私は、入居申込みに際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出及び辞退の取り扱いについて、施設から説明を受けました。</p> <p>また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、名古屋市に申込書の内容を報告することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 氏名 ()</p> |
|-----------------|--|

入居希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名() 施設等へ入所又は入院した時期(昭和・平成 年 月から) | | | | |
| 入居希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 入居を希望する理由 (該当するものをいくつか選んでください) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 医療に関する状況 | (特別な医療的対応) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | (現在治療中の病気等) | | | | |
| 認知症等による行動・心理症状 (行動の起きる頻度にもレ印を付けてください) | <input type="checkbox"/> 該当なし | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ①徘徊 <input type="checkbox"/> ②不潔行為 <input type="checkbox"/> ③不穏行動 <input type="checkbox"/> ④自傷行為 <input type="checkbox"/> ⑤暴力行為 <input type="checkbox"/> ⑥昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ⑦異食行動 <input type="checkbox"/> ⑧火の不始末 <input type="checkbox"/> ⑨被害妄想 <input type="checkbox"/> ⑩その他() | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ほとんど毎日() <input type="checkbox"/> 週3～4回程度() <input type="checkbox"/> 週1～2回程度() <input type="checkbox"/> 月数回程度() ※()に該当番号を記入 | | | | |
| 介護に関する状況 | 飲水食事摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 排 尿 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 排 便 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 入 浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 歩 行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 衣服着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 視 力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや見えにくい | <input type="checkbox"/> かなり見えにくい | <input type="checkbox"/> 全く見えない |
| | 聴 力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや聞えにくい | <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい | <input type="checkbox"/> 全く聞えない |
| 意思の伝達 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや伝えにくい | <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい | <input type="checkbox"/> 全く伝えられない | |
| 本人の所得状況 | <input type="checkbox"/> 年金(種別: 年額 約 万円) <input type="checkbox"/> 他所得(年額 約 万円) <input type="checkbox"/> 無 | | | | |

介護者の状況

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|-----|-------|---|--|
| 介護者の状況 | ふりがな | | 性 | 男 | 生年 | 明・大・昭 | 続 | |
| | 氏名 | | 別 | 女 | 年月日 | 年月日 | 柄 | |
| | 居住関係 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間(_____ 分) | | | | | | |
| | 就労状況 | <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(週 _____ 日、週 _____ 時間程度) | | | | | | |
| | 健康状態 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中(病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する(病名 _____) ・要入院加療(_____ か月程度・病名 _____) | | | | | | |
| | 身体状況 | <input type="checkbox"/> 障害有(_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 他に対応を要する家族の有無 | <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる(要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる(_____ 級・種類: _____) | | | | | | | |
| 介護協力者の有無 | <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない | | | | | | | |
| 【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】 | | | | | | | | |

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表(写)……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

- お薬手帳(有 無)
- 介護保険限度額認定証(第 _____ 段階)
- 介護保険負担割合証(_____ 割負担)
- 標準負担額減額認定証(医療)
- 福祉給付金資格者証(医療)
- 障害者手帳
- 担当CM

入居希望者の親族の状況

| 同居の家族(※入居希望者本人については記入不要です。) | | | | | |
|-----------------------------|--|----------|------------------|------|--|
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |

近親者の状況

| | | |
|---|---|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">本人</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">兄弟姉妹</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">子</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">甥姪</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">孫</div> |
|---|---|--|

※本人から見た近親者の氏名・続柄・年齢等の状況(わかる範囲)をお書きください。