

記入例

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 聖愛園 施設長 様

申込者
☐ご本人
☒ご家族
☐代理人

住 所	〒023-1131 奥州市江刺愛宕字八日市64番地		
ふりがな	せいあい たろう	本人との続柄	
氏名	聖愛 太郎		長男
電話番号	090 (1234)	5678	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな	せいあい そのこ		性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	〇歳	
ご本人の氏名	聖愛 園子		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日			
本人の現住所	〒023-1131 奥州市江刺愛宕字八日市64		電話番号	0197 (35) 2824			
郵便等の送付先	☒ 同上	☐ 上記以外	住所	〒			
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		保険者	奥州市	
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 要介護3 ☒ 要介護4 ☐ 要介護5					
	認定期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日					
介護者の状況	ふりがな	せいあい なみへい		性別	☒ 男 ☐ 女	続柄	夫
	氏名	聖愛 波平		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	年齢	〇歳
	居住状況	☒ 同居 ☐ 別居(住所)					
	疾病	☒ あり(具体的な症状や治療の頻度 前立腺肥大・高血圧・膝痛) ☐ なし					
	就労	☐ 働いている ☐ 自営業 ☐ 会社等勤務(☐ 常勤 ☐ パート等) ☐ その他() ☒ 働いていない(☐ 介護に専念 ☒ 高齢 ☐ 健康不安 ☐ その他()					
自宅に いる方 はこ ちら に記 入を して 下さ い	複数介護	☐ 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) ☒ なし					
	指定居宅介護サービス	☒ 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) ☐ 利用していない ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☒ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☒ 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 ☐ 1~2日 ☒ 3~4日 ☐ 5~7日					
	住居環境	住居形態 ☒ 戸建住宅(☐ 平屋 ☒ 2階建) ☐ アパート・マンション(階/エレベーター ☐ 有 ☐ 無) 介護環境 特記事項(トイレや浴室等) トイレが狭く、手すりもない。古い家で段差が多い。					
	入院中や老健など にいる方 はこ ちら に記 入を して 下さ い。	病院名 施設名 〇 〇 〇 〇 病院 入院等の時期(〇 年 〇 月 頃) 退院等の 見込み ☒ 退院(所)を勧められている ☐ 退院(所)したい(☐ 病気が治った ☐ 金銭負担が重い) 在宅生活 困難理由 夫婦2人の生活の為に介護が大変になってきた。家も古く大変だ。					
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	☐ 認知症があり、日常生活に支障を来している ☐ 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる ☐ 単身世帯等で家族等による支援が期待できない ☐ 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である						
医療的処置の状況	現病名や既往歴	アルツハイマー型認知症・高血圧・左大腿骨骨折					
	医療的処置の状況	☐ 経管栄養 ☐ たんの吸引 ☐ 人工肛門 ☐ インスリン注射 ☐ カテーテル留置 ☐ 酸素療法 ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ その他()					
参考事項	指定居宅介護支援事業所名	〇 〇 〇 〇 支援事業所		担当ケアマネジャー	〇 〇 CM		
	他施設への申込	☐ 当施設のみに申込み ☒ 他の施設にも申込んでいる ☐ これから他の施設にも申込む ※ 既に申込んでいる施設名 〇〇苑・〇〇〇〇					
	入所時期の希望	☒ 今すぐにも入所したい ☐ 1年以内に入所したい ☐ 年 月 頃入所したい					
	健康保険種別	後期高齢		年金種別	国民年金・厚生年金		

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。