

## やすらぎ園に入所お申込みの方へ

この度は当やすらぎ園への入所お申込みを頂き、ありがとうございます。  
お申込みにあたり、下記の点についてご了解とご協力をお願いいたします。

### 【1】下記の書類を添えてお申込み下さい。（または後日提出して下さい。）

- ①介護支援専門員等意見書（様式2）
- ②認定調査票（基本調査）の写し（介護保険証住所の役所へ申請して下さい。篠山市の方は入所申込書に同封の書類をお使い下さい）
- ③直近3か月分のサービス利用票及び別表の写し（介護保険在宅介護サービス利用中の方。担当のケアマネジャー様へご依頼下さい）

### 【2】円滑な入所判定に向けたご本人様の状態確認のため、情報収集・訪問活動等についてのご了解・ご協力をお願いします。（状態確認が必要な際、下記の活動を行います）

- ① ケアマネジャー様からの状態聞き取り
- ② ご利用中の介護サービス事業所などへの訪問または状態聞き取り
- ③ ご入院中の病院への訪問または状態聞き取り

※入所申込書の「同意書」欄への署名・捺印によりこの件へのご同意と見なされます。

### 【3】以下に該当される場合、当施設までご連絡をお願いいたします。

- ① 他の施設への入所が決定された場合やその他の理由により、当施設への入所希望を取り下げられる場合（取り下げのご連絡がない間は入所希望が継続されているものと見なし、情報収集活動も継続して行います）
- ② 要介護認定が変更となられた場合

特別養護老人ホーム やすらぎ園

TEL 079-594-3333（入所相談係）

やすらぎ園 入所施設 希望調査

下記より一つを選んで○をつけて、入所申込み書と共にご提出下さい。

1. ユニット型特養（個室）への入所を希望する。
2. 従来型特養（4人部屋）への入所を希望する。
3. どちらでも良い。

入所希望者氏名

---

申込者氏名

---

# 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム  
施設長

様

## 入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護度	1・2・3・4・5
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		電話番号	( )
現住所	〒 -			

### 【必要添付書類】

- ①介護支援専門員等意見書(様式2) ②認定調査票(基本調査)(写)
- ③直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)

## 申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒 -		電話番号 ( )

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急・平成 年 月以降	申込予定： 貴施設のみ・他にも申込む ヶ所(予定)			
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。				
入所希望理由 (要介護3~5の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい)				
特列入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない				
主たる介護者	ふりがな	性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	男・女		電話番号	( )
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： )			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
意見	【介護をしている上で困っている事等】				
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。				
	平成 年 月 日		氏名		印



(4) 在宅生活に支障がある状況

- 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
- 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
- 施設や病院から退所(院)を求められている。
- 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。
- その他 ( )

(5) 医療的処置の状況

- 経鼻経管栄養     胃ろう又は腸ろう     在宅酸素     インシュリン
- 人工肛門     カテーテル     その他 ( )

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

- 療育手帳の所持     あり     なし
- 障害区分     A     B 1     B 2

②精神障害

- 精神障害者保健福祉手帳の所持     あり     なし
- 障害区分     1級     2級     3級

(7) 特例入所の該当理由 (要介護1又は2と認定された入所申込者についてのみ記入)

- 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 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こと。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

[ ]