

プライバシーに配慮した多床室型指定介護老人福祉施設入所申込書 （プライバシーに配慮した多床室型特別養護老人ホーム）

施設名

比良清里苑 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

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

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-----|-----|--|----------|---|-------|---|---|---------|
| 入 所 希 望 者 | ふりがな | | | | 性 | 男 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | | | 別 | 女 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 — | | | (TEL —) | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | 要介護度 | | 3 | 4 | 5 | (1 2) |
| 保険者番号 | | | | | 保険者名 | | | | | |
| 認定審査会の意見等 | | | | | 認定の有効期間 | | 平成 | 年 | 月 | 日 ~ |
| | | | | | 令和 | | 年 | 月 | 日 | |
| 居宅介護支援事業所 或いは利用 (入所)施設名 | 居宅介護支援事業所(施設)名 | | | | | | | | | |
| | 担当者(ケアマネージャー)名 | | | | | | | | | |
| | TEL | | — — | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------|-----|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|
| 申 込 者 | 住所 | 〒 — | | | (TEL —) (携帯 —) | | | | | |
| | ふりがな | | | | 入所希望者との続柄 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | (TEL —) (携帯 —) | | | | | |
| | ふりがな | | | | 入所希望者との続柄 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |

※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。

| | | |
|------------------|---|---------|
| 申 込 状 況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 | |
| | 既に申し込んだ施設名 | () () |
| | 申し込み予定施設名 | () () |

| | |
|-------|---|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。また、入所に際し必要な情報について、上記居宅介護支援事業所或いは利用(入所)施設に直接確認することに同意するとともに、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することにも同意します。 令和 年 月 日 氏名 () |
|-------|---|

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、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・令和 年 月から) | | | | |
| 入所希望時期 | <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 () | | | | |
| 入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んでください) | <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 <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 () | | | | |
| 要介護時期 | 平成・令和 年 月頃から (主な原因:) | | | | |
| 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) | | | | |
| | (その他健康状態に関する特記事項) | | | | |
| 認知症等による行動・心理症状 (行動・心理症状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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| 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 | |

介護者の状況

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|----|-------------|---|--|
| 介護者の状況 | ふりがな | | 性 | 男 | 生年 | 明・大・昭・平 | 続 | |
| | 氏名 | | 別 | 女 | 月日 | 年月日 (歳) | 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"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・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 | | | | | | | |
| 【介護をされ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 入所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。
- 3 負担限度額認定証 (写)

施設使用欄

- ・利用者負担段階 第 _____ 段階
- ・介護負担割合: _____ 割
- ・減額証取得状況 介護: 社会福祉法人法人軽減証 (有・無)
- 医療: 福祉給付金資格者証 (有・無) 標準負担額認定証 (有・無)
- ・障害者手帳: (有・無) _____ 種 _____ 級

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所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・令 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |

同居以外の親族の状況

| | | | | | |
|----|--|----|--|------|--|
| 氏名 | | 住所 | | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 住所 | | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 住所 | | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |
| 氏名 | | 住所 | | 続柄 | |
| | | | | 就労状況 | |

近親者の状況

