

(様式1)

指定介護老人福祉施設等入所申込書

受付日 年 月 日

申込み日 年 月 日

申込者 (連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒 -		
住所:		
氏名	続柄	
電話	()	

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等に
入所したいので次のとおり申し込みます。

申込先 (入所希望施設)		特別養護老人ホーム 五天山園		保険者	
				被保険者番号	
(フリガナ)		性別		要介護度	
氏名		男・女		要介護 認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
現住所	〒 -				
現況	ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: 所在地(市町村名のみ) 入所又は入院時期: 年 月 日 から入所・入院している				
	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居			
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない			
介護者等の 状況	介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない			
	介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない			
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない			
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない			
	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満) オ 自宅等			
生活・経済の 状況	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上			
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している			
	保険料の段階	ア 3割 イ 2割 ウ 1割			
	住居	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない			

※特例入所の要件(要介護1、2の方について)

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 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こと。
- ④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

個人情報公開同意書（入所検討委員会用）

の個人情報については、下記に記載する内容で必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

記

1. 使用する目的
- 特別養護老人ホーム五天山園で実施する入所検討委員会で、入所優先順位を確定する際の資料として使用する。
2. 使用条件
- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した入所検討委員会の内容など経過を記録する。

令和 年 月 日

社会福祉法人西平和会
特別養護老人ホーム五天山園
施 設 長 齋藤 勝次

入所希望者 住 所

氏 名 印

入所申込者 住 所

氏 名 印