

桜町聖ヨハネホーム 入所申込書

申込日	年 月 日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> その他〔 〕
交付日	年 月 日	担当者		受付番号

施設長様

申込者(記入者)

住所	〒 _____			
(フリガナ) 氏名	(_____)	続柄		電(自宅) (勤務先) 話(携帯)

桜町聖ヨハネホームに入所したいので、入所申込書を提出します。

入所希望者本人の基本情報	(フリガナ) 氏名	(_____)	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
			住民登録	市・区・町・村	
	住所	〒 _____			
	生年月日	年 月 日 (歳)	保険者番号(区・市)		
	介護保険被保険者番号(本人)				
要介護認定と認定期間	要介護度〔 〕	(認定期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (身体・知的・精神 _____ 級・度) (障害名 _____ 交付日 _____ 年 月 日)				
入所希望者本人の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。 ◆下欄にも記入してください。 病院名・入所施設名(所在地) _____ 期 間 _____ (_____ 市・区・町・村) _____ 年 月 日頃~			
	生活面の状況	<input type="checkbox"/> 体の一部に麻痺・拘縮がある。 <input type="checkbox"/> 移動が困難である。 <input type="checkbox"/> 排便及びその後始末に援助が必要である。 <input type="checkbox"/> 視力・聴力に障害がある。 <input type="checkbox"/> 食事摂取(自立・要介助) <input type="checkbox"/> その他重度の障害(_____)			
	認知・精神の状況	<input type="checkbox"/> 暴言暴行がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> 徘徊・外出癖がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> 火の不始末がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> 不潔行為がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> 異食行動がある (重度・中度・軽度) _____) <input type="checkbox"/> その他重度の障害がある (重度・中度・軽度) _____)			
	現在受けている医療的な処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 _____ 回) ◆その他(感染症等 _____)			
	中 現 の 在 病 治 気 療	病 名	飲んでいる薬	期 間	
				年 月 ~	
				年 月 ~	
				年 月 ~	

家族や住居等の状況	介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ありの場合は下記へ記入して下さい)			
	(フリガナ)	()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居	住所 〒 -		
		<input type="checkbox"/> 別居 ⇒	電話 (自宅) (勤務先) (携帯)		
	主に介護している者の氏名及び状況等	入所希望者との関係(具体的に)			
介護をする上での住宅の問題点	◆下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします(複数回答可)。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。()				
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 桜町聖ヨハネホームのみに申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 その施設名 _____ (区・市) _____ (区・市) _____ (区・市)				
その他の特別な事情等					

担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事業所名)
	氏名 _____ 連絡先 _____ 電話 () _____
情報提供に関する、入所希望者本人同意の確認	私は、入所申込みをした施設の長が、介護保険者から私の「介護認定審査会一次判定資料(主治医意見書を除く)の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、介護保険者に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた介護保険者が、必要に応じ、介護保険事業者等への情報収集を行うことについても同意します。 年 月 日 本人署名 _____ 代筆者(続柄 _____) 署名 _____

介護老人福祉施設 特例入所申込書

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、特例入所申込書を提出します。

施設長 様

入所希望者本人について

住 所	〒 _____ _____
(フリガナ) 氏 名	(_____) 介護保険 被保険者番号 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

【要介護1又は2の方のみ記載してください。】

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事情があることについて、下記のうち該当する番号に○をつけて、どのようなことで困っているのかできるだけ具体的にご記入下さい。

- 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。

- 2 知的障害・精神疾患等を伴い、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が頻繁に見られる。

- 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。

- 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、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。

- 5 上記1から4の他に、申し込みするにあたって、その他事情等ございましたら、記載してください。

※ これは特例要件に該当する要介護1又は2の方が提出する申込書です。
 ※ 虚偽の報告をした場合には、入所申込・決定を取り消されることがあります。

介護老人福祉施設 特列入所申込書

記入例

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、特列入所申込書を提出します。

施設長 様

←複数の施設に申込みときは、空欄のまま他の全項目を記入してから、コピー後施設名を記入。

入所希望者本人について

住所	〒 184 - 0004 小金井市 本町 X-X-X											
フリガナ 氏名	(コガネイ ジロウ) 小金井 次郎	介護保険 被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

【要介護1又は2の方のみ記載してください。】

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事情があることについて、下記のうち該当する番号に○をつけて、どのようなことで困っているのかできるだけ具体的に記入下さい。

- 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。
 (○○病院で認知症の診断を受けており、家族の目がないと一人で出かけてしまう。警察にお世話になったことも今までに3回ほどある。家族は四六時中目を離せない状況で、介護者の疲れも限界に来ている。着替えや食事も一人ではできず、介護者がすべて準備・介助している。)
- 2 知的障害・精神疾患等を伴い、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が頻繁に見られる。
 ()
- 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。
 ()
- 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、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。
 ()
- 5 上記1から4の他に、申し込みするにあたって、その他事情等ございましたら、記載してください。
 (主たる介護者である長女はフルタイムで就労している。家庭での生活を継続することは困難なため、特養の入所申込をしたい。)

※ これは特例要件に該当する要介護1又は2の方が提出する申込書です。
 ※ 虚偽の報告をした場合には、入所申込・決定を取り消されることがあります。