

特別養護老人ホーム優先入居申込書（その1）

受付日	年 月 日
-----	-------

特別養護老人ホームいきいきタウンとだ 施設長様

【申込者】

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホーム優先入居したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
人	住 所	〒	女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	現在利用している 在宅サービスの状況 (※2)	1.訪問介護 () 2.訪問入浴介護 () 3.訪問看護 () 4.訪問リハビリテーション () 5.通所介護 ()	介 護 認 定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	6.通所リハビリテーション () 7.短期入所生活介護 () 8.短期入所療養介護 () 9.福祉用具の貸与・購入費の支給 () 10.その他 ()
の	認知症等による不適応行動	1.非常に多い 2.やや多い 3.少しあり 4.なし			
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
状	優先的入居を希望する 理由 (※3)	1.介護者がいないため () 2.介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3.介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4.介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5.介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6.介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7.その他 ()			

特別養護老人ホーム優先入居申込書（その2）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1.同居 2.別居（住所： ）			
介 護 者 の 状 況	従たる介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		同居の区分	1.同居 2.別居（住所： ）			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介 護 者 の 状 況	介護期間 年 ヶ月					
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況	主たる介護者の健康状態			
	有（常勤・パート）	有（ 人 歳）	良好 不良（ ）			
	無	無	主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良（ ）			
そ の 他	優先入居を希望する時期	1. 今すぐ入居したい 2. 年 月頃までに入居したい				
	申込の状況	1.当該施設のみ申し込む 2.他の施設にも申し込んでいる ・所在地： ・施設名：				
	待機期間 年 ヶ月					
説 明 確 認	<p>私は、優先入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。</p> <p>年 月 日 氏名 _____</p>					

※1.認定調査票（写）、被保険者証（写）、サービス利用票（写）を添付してください。

※2.現在利用している在宅サービスの状況の（ ）内には、その具体的内容を記入してください。

※3.優先入居を希望する理由の（ ）内には、その具体的理由を記入してください。

※4.必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入居申込取下げ書」を提出してください。

※5.申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

※6.当施設では、本申込書で知り得た個人情報を入居に関する目的以外に使用することはありません。

入居申込書 ①

_____年 ____月 ____日

特別養護老人ホーム
いきいきタウンとだ 殿

受付 No _____

この度、貴施設（特別養護老人ホーム）への入居を申し込みます。

入居希望者	ふりがな			性別	生年月日	
	氏名			男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____		TEL () _____		
身元保証人	(ふりがな) 氏名	()		印	入居者との続柄 ()	
	住所	〒 _____		TEL () _____		
	勤務先	名称				
		住所	TEL () _____			
	緊急連絡先	氏名	住所		TEL () _____	
	家族	家族氏名 (ふりがな)	続柄	性別	年齢	同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居

※主介護者の方は、名前の前に◎を付けてください。

担当ケアマネージャー名		事業所	
-------------	--	-----	--

入居申込書②

■入居申込み一次評価に必要な項目ですので、すべてに記入をお願いします。

入居希望者氏名	様
要介護状態区分等 (区分支給限度基準額) ※1	要介護度 1 要介護度 2 要介護度 3 要介護度 4 要介護度 5
在宅サービスの 利用率 ※2	サービス利用単位数合計÷区分支給限度基準額 () ÷ () = () ※単位数が不明な場合は、担当ケアマネージャーにお問合せください。
認知症の有無 ※3	認知症状あり 認知症状なし
介護者の有無 ※4	介護者あり 介護者なし

- ※1 介護保険被保険者証で確認してください。
- ※2 サービス利用単位数合計はケアマネージャーから配布されているサービス利用票に記載されています。在宅サービスの対象となるのは以下のとおりです。
*訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与
- ※3 認知症とは、認知症老人の日常生活自立度判定基準におけるⅡbランク以上の方です。
- ※4 日常的に介護される方がおられない場合のみ「介護なし」になります。
判断に迷われる場合はご相談ください。
- ※5 当施設では、本申込み書で知り得た個人情報を、入居に関する目的以外に使用することはありません。