

記入例(裏面あり)

入所申込書

特別養護老人ホーム 有徳の家 施設長 様

※例として記載した内容は  
全て架空のものであり、実  
在の人物・団体とは関係あ  
りません

申込者(連絡先)

住所	〒 9 5 0 - 2 0 1 1 新潟市西区小針上山9-32	
(フリガナ)	ユウトク イチロウ	
氏名	有徳 一郎 (入所希望者との続柄 長男)	
電話番号	① 〇〇〇-〇〇〇〇	② 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇

ここから下はご本人様についての  
内容をご記入ください

※日中連絡の取れる番号もご記入ください

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) ユウトク タロウ 有徳 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
現住所	〒 9 5 0 - 2 0 1 1 新潟市西区小針上山9-32 電話番号 (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者名 新潟市・その他 ( )
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	25年1月1日 ~ 25年12月31日	
担当 介護支援専門員	氏名	有徳 有子	連絡先 Tel (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
	事業所名	居宅介護支援事業所 ゆうとく	
健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険・国民健康保険 ※生活保護は不可		介護保険負担割合 <input checked="" type="radio"/> 1割 2割
負担限度額認定証	なし <input checked="" type="radio"/> 第3段階	第2段階 第1段階	障害者手帳等 種類( ) 級
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ( <input checked="" type="radio"/> 単身 ・ <input checked="" type="radio"/> 同居 ) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 ( 年 月 日~ )		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他( )		
	該当するものがありましたらご記入をお願いします		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
	アルツハイマー型認知症	有徳病院	H23年3月3日 ~
高血圧症	有徳病院	H18年6月6日 ~	
		年 月 日 ~	
		年 月 日 ~	
過去の大きな病気・ケガ・手術等分かる範囲内でご記入ください	既往症		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
	左大腿部頸部骨折	有徳病院	H23年8月8日 ~ H23年11月8日
	腸ねん転	有徳病院	S63年8月8日 ~ S63年11月8日
		年 月 日 ~ 年 月 日	

特例入所の要件について

平成27年4月より、特別養護老人ホームの入所の対象となる者については「**要介護3から要介護5までの要介護者及び、要介護1又は要介護2であって特例入所の要件に該当する者**」とされております。  
**要介護1又は要介護2の方は**下記の条項について該当する点にチェックを入れてください。

- 認知症により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障害および精神障害により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 家族等 **いずれか該当するものを選んでください** が疑われること等により、心身の安全および安心の確保が困難である。
- 単身世帯 **い** 家族が高齢、病弱、育児等の理由により家族による介護に困難が見られる。

(具体的な内容は裏面『申し込み理由』の欄にご記入ください)

申し込み理由

(本人の状態と経過、家族介護の状況など)

家族四人で生活していたが、本人がH22年頃から物忘れ等が目立ち始め、H23年にアルツト型認知症と診断される。その後、自宅内で転倒し左大腿部頸部骨折の為入院・加療を経て退院し自宅に戻るが、体の自由が利かなくなり介護保険サービスを利用開始する。

現在、デイサービス有徳の家を週三回(月・木・土)と、ショートステイ有徳の家を月利用しているが、妻は高齢と体調不良で自宅での介護が負担になっており、子供二人も仕日は介護にあたっているもののなかなか思うように手がかけられない状況。

加えて、ここ最近本人も怒りっぽくなって家族に当り散らすことが増え、家族の負担が自宅での介護が困難になりつつあり、特養入所を希望します。

家族構成等

独居世帯  
 高齢者世帯  
 家族同居世帯

◎同一生計者

氏名	続柄	性別	生年月日	職業	TEL	勤務先	TEL
有徳 花子	妻	女	S14.4.1	専業主婦			
有徳 一郎	長男	男	S44.3.1	会社員		(株)有徳製作所 〇〇〇-〇〇〇〇	
有徳 二郎	二男	男	S50.5.1	会社員		(株)有徳銀行 〇〇〇-〇〇〇〇	

◎本人の子供(別世帯)

氏名	続柄	性別	生年月日	職業	TEL	勤務先	TEL

留意事項

本入所申込書に記載した事項(介護度・医療状況・待機場所等)に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

【連絡先】 特別養護老人ホーム・ショートステイ「有徳の家」  
 電話 025-265-7770

説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。

なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

平成〇〇年〇月〇日

署名・捺印をご確認ください

入所希望者 有徳 太郎 (印)

入所希望者の家族(代筆者) 有徳 一郎 (印)

施設 使用欄	提出者	Fa(続柄: ) CM その他( )	申込方法	持参(面談・見学) 郵送
	申込以前の経過	問合せ・面談済( / ) 見学済( / )	受付者	