# 特別養護老人ホームさみた 入居申込書

特別養護老人ホームさみた
施設長 宛

申込日
令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申込者連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒　　－ | | |
| | 自宅電話 | | | |
| | 携帯電話 | | | |

＊該当する項目に☑してください　　☆今後、入所に関することは申込者に連絡させていただきます

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ご本人様の状況 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | ☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和<br>年 月 日 歳 | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 （ ） | | | |
| 介護保険 | 要介護度 | ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 | | | |
| | 認定期間 | 平成･令和 年 月 日 ～ 平成･令和 年 月 日 | | | |
| | 保険者 | 番号 | 被保険者番号 | | |
| | 認定年月日 | 平成･令和 年 月 日 | 負担割合 | ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 | |
| | 負担限度額 | ☐ 申請済 （ ☐ 第4段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 第2段階 ☐ 第1段階 ） ☐ 申請未 | | | |
| 現在居所 | 居所 | ☐ 自宅で単身 ☐ 夫婦で生活 家族と同居 ☐ 介護施設入所中 ☐ 病院入院中 | | | |
| | 施設･病院の名称 | | 所在地 | 〒　　－ | |
| | 入所･入院期間 | 平成･令和 年 月 日から 入所 ・ 入院中 | | | |
| 在宅サービス | 居宅介護支援事業所 | | 担当ケアマネ | | |
| | 利用中のサービス | ☐ 訪問介護 /週 ☐ 訪問看護 /週 ☐ 通所介護 /週 ☐ 通所リハ /週<br>☐ 訪問リハ /週 ☐ ショートステイ 日程度/月<br>事業所名： | | | |
| 医療の状況 | 治療中の病名･既往歴 | 病名 | | | |
| | | ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インスリン ☐ 人工肛門 ☐ 痰吸引<br>☐ カテーテル ☐ 気管切開 ☐ 人工透析 ☐ その他 （ ） | | | |
| | 主治医 | 病院 | 担当医師名 | | |
| | 上記以外に通院している医療機関 | | | | |
| | 主な入院歴 | 医療機関名 疾病名 年 頃<br>医療機関名 疾病名 年 頃<br>医療機関名 疾病名 年 頃 | | | |

# 特別養護老人ホームさみた 入居申込書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 介護の状況 | 他施設への申込状況 | ☐ 当施設のみ申込<br>☐ 他の施設（特養・老健・療養型・病院にも申し込んでいる）<br>既に申し込んでいる施設名　（　　）<br>今後申し込む予定の施設名　（　　）<br>**特養待期期間（他施設も含む）　年　ヶ月待機中** | | | |
| | 申込理由<br>（複数選択可） | ☐ 介護する者がいない<br>☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため<br>☐ 介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため<br>☐ 介護する者が身体的、精神的負担が大きく十分な介護ができないため<br>☐ 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため<br>☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br>☐ 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため<br>☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため<br>☐ その他　） | | | |
| | 本人の意向 | ☐ 入所を希望している　☐ 迷っている　☐ 拒否している<br>☐ 知らせていない　☐ 認知機能低下により理解困難 | | | |
| | 主介護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 性別 | 続柄 | 生活（本人と） |
| | | 氏名 | | 男 ・ 女 | | 同居 ・ 別居 |
| | | 住所 | 〒<br>＊同居の場合は記載不要　電話番号　（　　） | | | |
| | 介護等で困っていること | ＊身体的状況（健康状態）や仕事の有無（週の勤務日数及び時間）などを記入してください | | | |

社会福祉法人やまびこ会特別養護老人ホームさみたへの入所の申込にあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

☐ 入所申込を受けた施設が介護保険の保険者（市町村等）（以下、「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

☐ 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する方のみ】

☐ 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

上記について同意いたします。

令和　年　月　日

申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿