

(様式1) 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 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。

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑に
入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 -		
住所:		
氏名	続柄	
電話	携帯	

申込先 (入所希望施設)	社会福祉法人追分あけぼの会 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑		保険者		
			被保険者番号		
入所希望者の 状況	(フリガナ)		性別	要介護度	
	氏名		男・女	要介護 認定期間	
	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)	
介護者等の 状況	入所又は入院時期: 平成 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			
生活・経済の 状況	要介護者との関係				
	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			
	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 第5段階以上 イ 第4段階 ウ 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階			
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				

(様式2)

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 様

居宅介護支援事業所や関係機関等への問い合わせに関する同意書

この度、貴施設の入所申込書に際し、入所（居）希望者の状況や入所申書の記入事項、要介護度の更新等の内容について確認が必要な場合に、羊ヶ丘陽光苑から、居宅介護支援事業所や関係機関等への問い合わせ及び確認していただくことに同意いたします。

年 月 日

施設入所希望者名 _____ (印)

申込者氏名 _____ (印)

申込者住所 _____

(様式1) 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 入所申込書

受付日 年 月 日

記載例

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。

特別養護老人ホーム 羊ヶ丘陽光苑に
入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 062 - ●●●●●
住所: 札幌市豊平区福住●条●丁目5-5
氏名 陽光 一郎 続柄 長男
電話 ●●●-●●●● 携帯 090-●●●●-●●●●

申込先 (入所希望施設)	社会福祉法人追分あけぼの会 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑	保険者	豊平区
		被保険者番号	●●●●●●●●●●
(フリガナ)	ヨウコウ タロウ	性別	要介護度
氏名	陽光 太郎	男・女	要介護4
生年月日	明治・大正・昭和 ●●年 ●月 ●日 (●●歳)	要介護 認定期間	平成 30年 10月 1日 から 平成 32年 9月 30日 まで
現住所	〒 062 - ●●●●● 札幌市豊平区福住●条●丁目10-10	介護保険被保険者証 をご参照ください。	
現況	ア 自宅で一人暮らししている イ 自宅で家族と暮らししている <input checked="" type="radio"/> 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 又は病院名: ●●病院 所在地(市町村名のみ) 札幌市 は入院時期: 平成 29年 5月 ●●日 から入所・入院している		
入所希望者の 状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない	
	介護者の年齢	ア 60歳未満 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	
生活・経済の 状況	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 <input checked="" type="radio"/> 6ヶ月未満) オ 自宅等	
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 第5段階以上 イ 第4段階 <input checked="" type="radio"/> 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階	
	住居	<input checked="" type="radio"/> 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	

入所希望者の状況	入所希望時期	<input checked="" type="radio"/> ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃までに入所したい			
	医療の状況	ア 経管栄養 イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ インシュリン注射 オ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 高血圧症、慢性心不全、糖尿病、アルツハイマー型認知症			
	特例入所の要件に該当するやむを得ない事由 ※要介護1、2の方は記載してください。	該当する特例入所の要件(① ・ ② ・ ③ ・ ④) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">要介護1、2の方で特別な理由で申込を希望される方は、『特例入所の要件』に照らし合わせて①～④の該当箇所を○をつけていただき、その他具体的な理由をご記載下さい</div> (記入者 続柄等)			
	その他	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">出生・学歴・職歴・結婚歴等、今までの生活等をご記載下さい。</div>			
	他施設申込み状況	ア 当該施設のみ申込み <input checked="" type="radio"/> イ 他の施設に申込んでいる又は今後申込み予定 * 既に申込みをしている他の施設名 (特別養護老人ホーム●●●●) * 今後申込み予定の他の施設名 (特別養護老人ホーム ●●●●)			
主たる介護者	(フリガナ)	ヨウコウ ハナコ	性別	本人との関係	長男の妻
	氏名	陽光 華子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ●● 年 ● 月 ● 日
	同居の区分	<input checked="" type="radio"/> ア 同居している イ 別居している (住所:)			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】 私(長男)夫婦と長年同居していましたが、脳梗塞後右半身に麻痺が残りました。自宅に戻ろうとも、介護者である私の妻は自身の両親の介護とパート就労で疲労感は強いです。私も仕事があり介護する時間は取れないため、直接そちらに入居できる事を希望しています。			
紹介居宅介護支援事業所 (又は在宅介護支援センター)	●●病院 医療相談室		電話番号	()	担当 ●●
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">入院先病院・施設・ご自宅の方はケアマネの事業所や担当ケアマネージャーのお名前をご記載下さい。</div>				

※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。