

申 込 日	令和 年 月 日
受付日(施設記入)	令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム 朝霞苑
施設長 殿

申 込 者	住所	〒 -	
	ふりがな		本人との関係
	氏名		
	電話	自宅 - -	
		携帯 - -	

地域密着型特別養護老人ホーム 朝霞苑への入居について、次のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 本 人 の 状 況	(ふりがな)		☐ 男	介護保険被保険者番号											
	氏 名		☐ 女	認定年月日	☐ 平成	☐ 令和									
	生年月日	☐ 大正	☐ 昭和												
	住 所	〒 -			要介護区分	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5					
					介護認定の有効期間	☐ 平成	☐ 令和								
						☐ 平成	☐ 令和								
	電話連絡	- -			介護保険負担割合	☐ 1割	☐ 2割	☐ 3割							
	食費・居住費の負担限度額	☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階-① ☐ 第3段階-② ☐ 第4段階(減免非該当)													
	健康保険の種類	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国民健康保険 ☐ 被用者保険 ☐ その他()													
	現在の生活場所	(いつから) 年 月 日から ☐ 自宅 ☐ 施設(名称:) ☐ 病院(名称:) ☐ その他()													
	現在利用している在宅サービスの状況	☐ 訪問介護(ホームヘルパー) ☐ デイサービス・通所リハビリテーション ☐ 訪問入浴 ☐ 短期入所介護(ショートステイ) ☐ 訪問看護 ☐ 福祉用具の貸与・購入費の支給 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ その他()													
	在宅サービス利用期間	☐ 1年以上 ☐ 1年未満 ☐ 在宅介護サービスを利用したことがない													
	既往症 ・ 現病歴														
医療的管理の状況	☐ 該当なし ☐ 経管栄養 ☐ 末梢点滴 ☐ 人工肛門 ☐ 尿道カテーテル ☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 褥瘡処置 ☐ 透析 ☐ インスリン注射														
認知症等の症状	☐ 該当なし ☐ 物忘れ ☐ 作り話 ☐ 独り言 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 被害的 ☐ 抑うつ ☐ 介護抵抗 ☐ 収集癖 ☐ 徘徊 ☐ 感情不安定 ☐ 易怒性 ☐ 大声 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 異食 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 不潔行為 ☐ 性的行動 ☐ その他()														
症状の頻度	☐ 毎日のようにある ☐ 週に2～3回程度ある ☐ 月に数回程度ある ☐ 直近1ヶ月以上ない														
入居を希望する理由 (複数回答可)	☐ 介護者(親族)はいるが、高齢のため介護ができない ☐ 介護者(親族)はいるが、障害や疾病の状況にあり介護ができない ☐ 介護者(親族)はいるが、複数の者を介護をしていて十分な介護ができない ☐ 介護者(親族)はいるが、就業しているために十分な介護ができない ☐ 介護者(親族)はいるが、育児又は看病を必要とする者がおり、本人を介護できない ☐ 介護者(親族)が一人もいない ☐ 介護保険施設に入所しているが施設を移りたい ☐ その他の事情 (詳細)														

(裏面に続きます)

介護者の状況	主介護者 【主介護者の定義】 ①入居希望者が在宅生活中の場合は、主として身の回りのお世話や各種機関との窓口を担う者。 ②入居希望者が自宅以外で生活している場合(施設・病院など)は、各種手続きの契約・身元引受・緊急連絡先などの代表となる者。	(ふりがな)		性 別	本人との関係	
		氏 名		☐ 男 ☐ 女		
		生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)			
		同 居 区 分	☐ 同 居 〒 - ☐ 別 居(住所)			
		電 話 番 号	自宅 - - 携帯 - -			
		介 護 の 状 況	☐ 介護困難 ☐ 多少の介護可能 ☐ 介護可能			
	主介護者の就労状況		主介護者の育児(未就学児)・看病の状況		主介護者の健康状態	
	☐ 8時間以上 ☐ 4時間以上8時間未満 ☐ 4時間未満 ☐ 高齢である、または入居希望者を直接介護しているため就労できない ☐ 就労していない		☐ 常時、育児や家族の看病が必要 ☐ 半日程度、育児や家族の看病が必要 ☐ 月に数回程度、育児や家族の看病が必要 ☐ 65歳以上の高齢者のみの世帯である ☐ 該当なし		☐ 良好 ☐ 不良(状態)	
					主介護者の家族の健康状態 ☐ 良好 ☐ 不良(状態)	
	従たる介護者 【従たる介護者の定義】 ①上記の主介護者以外に入居希望者をお世話する者。 ②主介護者の補助的な役割を担う者、協力者。	(ふりがな)		性 別	本人との関係	
氏 名			☐ 男 ☐ 女			
生 年 月 日		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)				
同 居 の 区 分		☐ 同 居 〒 - ☐ 別 居(住所)				
電 話 番 号		自宅 - - 携帯 - -				
☐ 従たる介護者が全くない (該当する場合は☑、および右側の項目の記入不要)		介 護 の 状 況		☐ 介護困難 ☐ 多少の介護可能 ☐ 介護可能		

その他に別居している親族による介護の可能性

☐介護困難 ☐多少介護可能 ☐介護可能 ☐別居している親族がない

優先入居を希望する時期	☐ できるだけ早く入居したい ☐ 令和 年 月頃までに入居したい ☐ 入居したい時期が定まったら施設に連絡します
申し込みの状況	☐ 当施設のみ申し込む ☐ 他の特別養護老人ホームも申し込む

要介護度1～2の方 居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない理由	☐ 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 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、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 ☐ 家族等による深刻な虐待等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 ☐ 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な状況である
---	--

説明確認	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、その内容について了承しました。	令和 年 月 日
		氏名

* 以下の写しを必ず添付してください。

介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額証(該当者のみ)、介護認定情報(認定調査票・主治医意見書)、服薬情報

* 要介護度の変更など、申込み内容に変更が生じた場合は、当施設までご連絡ください。(朝霞苑Tel:048-485-8873)

* 当施設への申込みを辞退される場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入居申込取り下げ書」を提出してください。