

(参考様式1)

介護老人福祉施設 特養騎西 入所申込書(その1)

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

特養騎西 施設長様

ユニット型個室     従来型多床室  
(いずれかにチェックを入れてください)

【申込者】		
住所	〒347-00** 埼玉県加須市騎西***-**	
(ふりがな)	きさい かずお	本人との関係
氏名	騎西 一夫	長男
電話番号	0480 ( 73 ) ****	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏名	きさい たろう 騎西 太郎	性別	保険者	加須市
	生年月日	明・大・昭***年**月**日 (**歳)	<input checked="" type="radio"/> 男	被保険者番号	0000****
人	住所	〒347-00** 埼玉県加須市日出安***-**	介護認定 期 間	令和 5年**月**日から 6年**月**日まで	
	現在利用している 在宅サービスの 状況  (施設に入所中の方は 入所前の状況)	<input checked="" type="radio"/> 1 訪問介護 ( ) <input type="radio"/> 2 訪問入浴介護 ( ) <input type="radio"/> 3 訪問看護 ( ) <input type="radio"/> 4 訪問リハビリテーション ( ) <input checked="" type="radio"/> 5 通所介護 ( **デイサービス 週*回 )	<input type="radio"/> 6 通所リハビリテーション ( ) <input checked="" type="radio"/> 7 短期入所生活介護 ( ) <input type="radio"/> 8 短期入所療養介護 ( ) <input type="radio"/> 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( ) <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 3 少しあり    4 なし			
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】 高血圧、糖尿病 慢性透析			
状	入所を 希望する 理由	<input type="radio"/> 1 介護者がいないため ( ) <input checked="" type="radio"/> 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 ( ) <input type="radio"/> 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 ( ) <input checked="" type="radio"/> 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 ( ) <input type="radio"/> 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 ( ) <input type="radio"/> 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( ) <input type="radio"/> 7 その他 ( )			

介護老人福祉施設 特養騎西 入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名	きさい かずお 騎西 一夫	性別	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( )			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名	きさい くみこ 騎西 久美子	性別	本人との関係	
		同居の区分	① 同居 ② 別居( 東京都品川区大崎***-** )			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	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 ( 骨折入院中 )		
そ の 他	入所を 希望する時期	① 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む ② 他の施設に申し込んでいる 所在地: 埼玉県羽生市南羽生***-*** 施設名: 特別養護老人ホーム ***				
	待機期間	年 6 ヶ月				
	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事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所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>令和 年 月 日 氏名: 騎西 一夫</p>					

- ※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(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 入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 主たる介護者は、施設等入所中(病院に入院中)の方の連絡調整、契約等で関わっている方も含みます。
- ※5 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※6 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。