

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 二本松いわしろ紀行 入居申込書【記入例】

申込日	年月日←記入日	受付日	年月日
住所	〒964-0314 二本松市西勝田字杉内〇〇番地		
電話	0243 (00) 0000	携帯電話	090 (0000) 0000
申込者氏名	謙々 太郎	続柄	長男
入居対象者本人の同意の有無	有 無		

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居対象者の状況	フリガナ	アイアイ ハツコ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	氏名	謙々 初子	生年月日	T・S 10年 4月 19日
	介護保険被保険者番号	0000000000	保険者	二本松市
	要介護度	要介護4	現住所	〒964-0314
	要介護認定期間	令和〇〇年10月 1日から 令和〇〇年 9月30日まで	二本松市西勝田字杉内〇〇番地	
	連絡先	電話 0243 (00) 0000 / 携帯電話 090 (0000) 0000		
主たる介護者	現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 (長男夫婦と同居)		
		<input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中		
		◇ 施設(病院)名称 ()		
		◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中		
		◇ 居宅介護支援事業所 (○○居宅介護支援事業所) ◇ 担当ケアマネージャー (二本松 菊子)		
身元引受人	フリガナ	アイアイ ハナコ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	氏名	謙々 花子	生年月日	S・H 36年 10月 20日
	本人との関係	長男妻	同居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	二本松市西勝田字杉内〇〇番地		
	連絡先	電話 0243 (00) 0000 / 携帯電話 080 (0000) 0000		
	介護者の意見 (介護の困難事由)	農家仕事で日中不在になることが多く、その間本人一人になってしまいが、認知症が進んで一人でいられなくなっている。 デイサービスやショートステイを利用しているが、利用の範囲に限界があり、自宅での生活に限界を感じている。		
申込状況	※要介護1または2の方については、裏面へのご記入をお願いします。			
同意欄	フリガナ	アイアイ タロウ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	氏名	謙々 太郎	生年月日	S・H 33年 10月 1日
	連絡先(電話)	090-0000-0000	本人との関係	長男
	現住所	二本松市西勝田字杉内〇〇番地		
<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : 申し込む予定だが、まだ未定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :				
以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行つたものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。				
本人 謙々 初子 家族(又は代理人) 謙々 太郎				

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください(裏面参照)。

忘れずに!

要介護1および2の方の特例入居の要件について

※要介護1または2であった場合の記載例

①要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。

以下について、ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

- 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である。

②上記該当すると思われる内容について、ご本人やご家族の状況等を踏まえ、できるだけ具体的にご記載ください。

本人は一人暮らしをしており、長女夫婦が市内に住んでいるが、嫁ぎ先の親の介護と仕事を抱えている状況であり、頻繁に訪問することができない。デイサービスやショートステイも利用しているが、介護度が低く利用に限りがあり、自宅に一人でいなくてはいけない時間が多く、水の止め忘れや火の消し忘れなども目立ってきてている状況で、自宅での一人暮らしが難しくなっている。