

特別養護老人ホームなごみの里入所申込書

申込日	令和	年	月	日
面接日※1	令和	年	月	日
受付日※2	令和	年	月	日

申し込み者	住所	〒	氏名	(ふりがな)	本人との関係
	電話番号		携帯番号		

特別養護老人ホームなごみの里へ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)		性別		保険者	
	氏名		男・女			
	住所	〒	被保険者番号			
	電話番号		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 (月 回 週 回) 2 訪問入浴介護 (月 回 週 回) 3 訪問看護 (月 回 週 回) 4 訪問リハビリテーション (月 回 週 回) 5 通所介護 (月 回 週 回)		6 通所リハビリテーション (月 回 週 回) 7 短期入所生活介護 (月 回 週 回) 8 短期入所療養介護 (月 回 週 回) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 () 10 その他 ()		
	施設・病院に入所・入院 している場合	施設(病名)名 入居(入院)期間				
	入所を希望する理由 ※3	1 主たる介護者 ①ない(音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護困難(複数回答あり) 理由：①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※4 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある(複数回答あり)※5 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()				
	認知症等による 行動障害の数字を記入	ときどき見られる： 頻繁に見られる：				
	認知症等による行動障害					

1徘徊 2外出して戻れない 3被害的 4大声を出す 5介護に抵抗 6収集癖 7一人で出たがる 8物や衣類を壊す
9昼夜逆転 10作話 11感情が不安定 12同じ話をする 13落ち着きなし 14ひどい物忘れ 15独り言・独り笑い
※ときどき・・・少なくとも月に1回以上、1週間に1回未満 ※頻繁・・・少なくとも1週間に1回以上

※1 申込書のほか、裏面※6の添付書類に不足・不備がないことが確認ができてから面接日を決定します。

※2 面接(やむを得ず電話連絡のみとする場合を含む。)後、施設が記入します。

※3 入所を希望する理由()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を()内に記入してください。

※5 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

特別養護老人ホームなごみの里入所申込書

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな)			性 別	本人との関係
		氏 名				
		生年月日	明・大・昭・令	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				
		生年月日	明・大・昭・令	年	月	日 (歳)
		同居の区分	1 同 居 2 別 居 ()			
		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 ()		
保 険 等	・ 国民健康保険 (本人 ・ 家族) ・ 社会保険 (本人 ・ 家族) ・ 後期高齢者医療被保険 ・ 心身障害者医療費受給者証 ・ 重度心身障害者医療費受給者証 ・ その他 () ・ 介護負担限度額証 なし ・ あり (段階) ・ 負担割合証 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) ・ 年金種類 (国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 老齢福祉 ・ その他 ・ 無し) ・ 身体障害者手帳 ・ 精神保健福祉手帳 ・ みどりの手帳					
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 施設名：				
	待機期間	年 月				
	やむを得ない事情により 居宅において日常生活を 営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)	該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※下記の特例入所の要件をご確認の上、該当する要件を選択してください				
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き、入所申込みの有効期間及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名：					

特 例 入 所 の 要 件

- ア 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
 イ 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こと
 ウ 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
 エ 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こと

※6 被保険者証(写)、サービス利用者(写)及びサービス利用表別表(写)(概ね直近3ヶ月分)を添付してください。

※7 入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※8 申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

※9 申込書の有効期間は受付日から2年間です。入所申込みを継続する場合は、「入所申込み継続願」を提出してください。