

入居申込書類要項

入居申込について

入居申込書類は、**入居申込書**、**介護支援専門員意見書**、**入居希望者状態表**の3点となります。

- ・入居申込書・・・本人もしくはご家族関係者でご記入の程、よろしくお願いいたします。
- ・介護支援専門員意見書
- ・入居希望者状態表

担当のケアマネジャーがいる場合は、その方に記入を依頼してください。
施設・病院等に入所・入院中の方につきましては、
相談員・ソーシャルワーカーなどの担当職員に記入を依頼してください。

入居申込の際は、上記3点の書類に加え

・介護保険証（写） ・ サービス利用票及び別表（写）（在宅サービス利用の方のみ）を3か月分
を添付してください。

※上記、書類すべてが揃った時点で受付となります。

→申し込み書類の提出については、持参のほか、郵送でも受付いたします。

要介護1・2の方は 必ず**入居申込書**・**介護支援専門員意見書** の裏面にある

特例入居の要件の欄にチェックを入れ、具体的な事由について記載してください。

→お預かり後、該当自治体との協議の上、受付該当かどうか決まります。

利用料金について

1ヶ月の費用は約12万～13万の間となります（内訳：介護保険1割負担分、居室費、食費、洗濯代・紙おむつも費用に含まれています。）**入居金等のご負担はありません。**

他にかかる費用と致しましては、医療費（医療機関に受診した場合、お薬の飲まれている方はお薬代）、床屋代（床屋を実施した月）を実費負担して頂きます。

尚、食費、居室費につきましては、入居時に該当する自治体（市・町）に申請することにより軽減される場合もあります。

状態が変更した場合

入居申込を行ってから実際に入居に至るまでは、ある程度の期間がかかります。

従い申込時に記載した状態等に変化があった場合や介護度区分に変更があった場合は速やかにご連絡下さい。必要に応じて施設より改めて書類をお渡しさせていただきます。提出された書類により入居順の見直しをさせていただきます。

入居申込を辞退する場合

当施設に入居申込をしていたが、入居の必要性がなくなった場合（他施設入居、お亡くなりになる等）につきましては、所定の用紙にてお知らせいただくか電話連絡をお願いいたします。

※他、ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

（連絡先）

特別養護老人ホーム 第2千木園

電話 076-258-6900 Fax 076-258-6960

受付日時：月～金 8：30～17：15

担 当：生活相談員

様式第1号

石川県 指定介護老人福祉施設入居申込書

申込者(連絡先)

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒	—
住所	
氏名	
電話	()

特例入居の事由	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

申込先 (入居希望施設)		特別養護老人ホーム 第2千木園		保険者		
入居希望者の 状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号		
	氏名		男・女	要介護度		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現住所	〒 —		TEL ()		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入居又は入院期間: 平成 年 月 日から入居・入院している				
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL () _____				
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との 関係		
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: 〒 — TEL —)				
意見	【介護しているうえで困っていること等】					
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印					

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。
 ※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。
 ※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

特例入居の要件に該当する事由について (入居申込者等記入欄)

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

入居希望者状態表

平成 年 月 日 現在

ふりがな			性別	生年月日		年齢	要介護度
氏名			男・女				
生活・職歴				趣味			
主な疾病					内服内訳		
特記事項							
身長	cm	体重	kg				
食事	主食	常飯・軟飯・粥・ミキサー・()			家族構成(☆キーパーソン)		
	副食	常菜・軟菜・キザミ・ミキサー					
	水分	牛乳・ヤクルト・その他()					
	治療食	要・不要	内容				
	道具	箸・スプーン・エプロン・その他()					
	むせ	よくむせる・ときどきむせる・むせない					
	摂食状況	自分でたべれる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要					
特記事項							
起立・移動	起立状況	立ち上がれる・介助があれば立ち上がれる・立ち上がれない					
	使用品	杖・歩行器・車椅子・その他()					
	移動状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要					
	移乗状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要					
	転倒	よくころぶ・ときどきころぶ・ころばない	転倒歴	有・無	骨折歴	有・無	
	特記事項						
排泄	排泄方法	トイレ・ポータブル(常時・夜間のみ)・オムツ・その他()					
	排泄状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要					
	使用品	尿とりパット・紙パンツ・紙オムツ・その他()					
	特記事項						
整容	着脱状況	自分で着替えられる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要					
	口腔ケア				義歯	有・無	
入浴	方法	座位式機械浴・臥位式機械浴・一般浴			自分で洗える・一部介助が必要・全て介助が必要		
認知症	夜間不眠	よくある・ときどきある・ない		徘徊	よくある・ときどきある・ない		
	異食	よくある・ときどきある・ない		大声を出す	よくある・ときどきある・ない		
	特記事項						
視力	よく見える・大きなものは見える・ほとんど見えない・まったくみえない				眼鏡	使用・未使用	
聴力	よく聴こえる・大きな声なら聴こえる・ほとんど聴こえない・まったく聴こえない				補聴器	使用・未使用	
その他							

介護支援専門員意見書

記入日 平成 年 月 日

入居希望者	(フリガナ)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 () 歳		連絡先	

上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。

介護支援専門員氏名 _____

居宅介護支援事業所名 _____ TEL — —

居宅介護支援事業所所在地 _____ FAX — —

意見記入欄

【本人の状態】

●要介護度： 1・2・3・4・5

●認知症高齢者の日常生活自立度（※特例入所の場合のみ記入）： 正常・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

●知的障害・精神障害等の程度： 有 ・ 無
 有の場合：療育手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級
 その他（ ）

●その他（ ）

【本人の心身の状況及び生活の状況】

【家族・介護者等の状況】

【在宅生活継続の可能性】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方（病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

「意思確認書」

入居申込者 → 第2千木園

特別養護老人ホーム第2千木園への

入居申込を辞退します。

入居辞退者氏名：_____

ご家族等氏名：_____

●理由

他施設へ入所したため（平成 年 月頃）

入居予定者の病状変化等（ ）

入居予定者が死亡したため（平成 年 月頃）

その他（ ）

本紙のご返送にご協力下さい。
電話でも受付可能です。

特別養護老人ホーム第2千木園
電話076-258-6900
FAX076-258-6960