

## 《酒田市内の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所を申し込まれる皆様へ》

### ☆介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とは

要介護1以上の認定を受けている方のうち、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする方で、居宅において介護を受けることが困難な方が利用する施設です。なお、医師は非常勤の体制です。

### ☆申し込み手続き

申込書に記入の上、介護支援専門員等が作成した意見書並びに介護保険者証を持参して各施設にお申込みください。

※ 「介護支援専門員等」とは、在宅の方は担当の介護支援専門員、病院に入院中の方はソーシャルワーカー、介護老人保健施設・介護療養型医療施設に入所（入院）中の方は施設の介護支援専門員、痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護に入所の方は計画作成担当者を指します。

### ☆ 申込みにあたっての状況確認

ご本人の心身の状況、収入、介護している方の状況、家族構成など立ち入ったことを伺う場合もあります。プライバシーは厳重に守りますので、ご協力ください。

### ☆ 入所の順番

入所の順番は、申込みの順番でなく、各施設の入所指針により施設が決定いたします。入所申込後に、ご本人の心身の状況、収入、介護している方の状況などが大きく変化した場合は、申込施設に速やかにご連絡ください。

### ☆費用について

介護費のほかに食費や居住費がかかります。また、送迎サービス費用、理容費用など、ご負担いただく場合もあります。詳しくは各施設へお問い合わせください。

以上のことをご本人、ご家族、ケアマネージャーとご相談いただいた上で、入所を希望される施設にお申込ください。

要介護認定を受けていない方や認定の有効期間を過ぎてしまった方は、現在お住まいの市町村の介護保険担当課、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者にご相談ください。

# 特別養護老人ホーム 入所申込書

平成 年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな)	続柄	
住所	〒		
電話	自宅	( )	携帯電話
	勤務先	( )	名称
入所希望者本人の同意の有無	有 無 不可能		

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女			
			生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日	
	現住所	〒			電話番号	( )	
	介護保険	被保険者番号				保険者名	
		要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		認定期間	年 月 日 ~		年 月 日	申請中	
	健康保険	(種別・記号番号)					
	年金等	(種別)			支給年額		
		(種別)			支給年額		
	生活保護受給	あり ・ なし		重度心身医療証受給	あり ・ なし		
	障害者手帳等	手帳の種類 (障害名: )					
		判定 級(度) 年 月 日					
	現況	自宅で一人暮らしている 自宅で家族と暮らしている 訪問介護 通所介護 短期入所 小規模多機能型介護 その他( ) 施設や病院に入っている(施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) 養護老人ホーム 特別養護老人ホーム グループホーム 老人保健施設 病院(一般) 病院(療養) その他( )					
		施設名又は病院名( )			所在市町村名: ( )		
		入所又は入院の時期: 平成 年 月頃					
家族構成	介護者	氏名	続柄	年齢	同・別	住所(本人と同じ場合不要)	
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
医療の状況	本人と隣接・同一敷地内にいる方は、介護者欄左側にレ印を記入し、身元保証人となる方は、さらに右側欄にレ印を記入してください。						
	病歴(現病名) 既往歴( ) 鼻腔栄養・胃ろう インシュリン注射 ペースメーカー その他( ) 痰吸引 褥瘡 C型肝炎等 M R S A その他感染症( )						

入所希望者の状況	主治医	(ふりがな) 氏名		医療機関名		
		医療機関所在地		電話		
	主たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
担当ケア マネージャー	いる	(ふりがな) 氏名		事業所名		
	いない	事業所所在地		電話 ( )		
入所希望者の日常生活状況	認知症(ひどい・軽い)		特筆すべき行動( )			
	視力に問題がある：具体的に					
	聴力に問題がある：具体的に					
	歩行...	自分で可	一部介助	全介助	杖を使用	車いすを使用
	食事...	自分で可	一部介助	全介助	普通食	粥食 ( )
入浴...	自分で可	一部介助	全介助			
オムツ...	有り	無し	トイレ...	自分で可	一部介助 全介助	
入所希望の時期及び理由	将来的に入所したい(平成 年 月頃に) 他施設申込有 施設名( )					
	介護する者がいないため 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため 居住環境の事情により十分な介護が困難なため 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため その他( )					
	該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい					
	特記事項(具体的な事情など)					
説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者対策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p>なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。</p>					
	<p>平成 年 月 日</p> <p>入所希望者名 _____</p> <p>同上家族氏名 _____</p>					