

社会福祉法人陽光会			
様式番号	QBE8.2.2-1-1	版数	第5版(2021.4.1)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

## 社会福祉法人陽光会 特別養護老人ホーム 入居申込書

入居希望施設（希望施設に <input checked="" type="checkbox"/> ：複数可）	<input type="checkbox"/> サンライフ問屋町	<input type="checkbox"/> サンライフアネックス
--	-----------------------------------	-------------------------------------

（１）申込者様の連絡先（今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。）

フリガナ							
氏名	様		入居希望者との関係				
住所	〒 -						
電話番号	①	-	-	②	-	-	-

（２）入居希望者様の現在の状況

フリガナ			性別	明・大・昭		年	月	日生
氏名	様		男・女			(満 歳)		
住所等	〒 -		TEL		- -			
要介護度	要介護_____ 認定日：_____ (□更新申請中 □変更申請中 □認定結果待ち) [認定有効期間] 年 月 日 ~ 年 月 日 負担割合_____割							
介護保険証番号				□前橋市 □その他( )				
負担限度額認定	□無 □未申請だが該当の可能性あり □有 _____段階							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし ※主たる介護者： _____ 様(本人との続柄： _____) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活 ※同居家族の構成： _____ <input type="checkbox"/> 入所や入院をしている ※施設名： _____ ( 年 月 日～)							
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) ※現在治療中の病気や既往症など、注意することをご記入ください							
かかりつけ医	医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr 医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr							
特養の申込み状況等	<input type="checkbox"/> サンライフ以外の特養には申込んでいない(申込予定もない) <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり(他申込施設名 _____) 希望入所時期 <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない							

(3) 特別養護老人ホームに入居を希望する理由等 (あてはまる理由すべてにチェック)

- 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。
- 主たる介護者が、高齢・病弱・障害のため介護が難しい。
- 主たる介護者が、申し込み者以外の介護・看護をしている。
- 主たる介護者が、就労のため介護が難しい。( フルタイム勤務 4～8時間勤務 4時間未満)
- 主たる介護者が、育児のため介護が難しい。( 未就学児 小中学生 高校生)
- 主たる介護者以外に、介護を補助できる人がいない。
- 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。
- 病院や他の施設から退所を求められている。
- 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。
- その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください)

(4) 入居希望者様の身体の状況 (あてはまる項目いずれかにチェック)

- 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。
- 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。
- ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる(車イスで座る姿勢が保てる)。
- 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。

《身体の状況でお困りのことがありましたらご記入ください》

(5) 入居希望者様の認知症等の状況 (あてはまる項目いずれかにチェック)

- 認知症の症状はみられない
- 認知症の症状がみられるも、日常生活はほぼ自立している。
- 認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば日常生活を送れる。
- 認知症であり、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。

《認知症のための行動でお困りのことがありましたらご記入ください》

(6) 要介護1・要介護2と判定されている方の記入欄 (あてはまる理由すべてにチェック)

- 知的障害、精神障害等であり、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。( 療育・障害者手帳あり 療育・障害者手帳なし)
- 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。

《上記に当てはまる具体的な事由を記入してください》

申込者欄 (家族等) ※入居契約の代理人及び身元保証人となれる方をお願いします。

入居申込に係る説明事項について確認しました。

令和 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_ (押印省略)

申込代理者欄 (介護支援専門員) ※介護支援専門員が本人又は家族の代理として申し込む場合はご記入ください。

代理申込を行う介護支援専門員の意見

入居申込に係る説明事項について確認のうえ、入居希望者又は家族等にその旨を報告します。

令和 年 月 日 代理申込介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_ (押印省略)

事業所名

電話番号

※本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず本申込書を提出された施設に連絡してください。

※添付書類として、入居希望者様の介護保険被保険者証の写しを添付してください。