

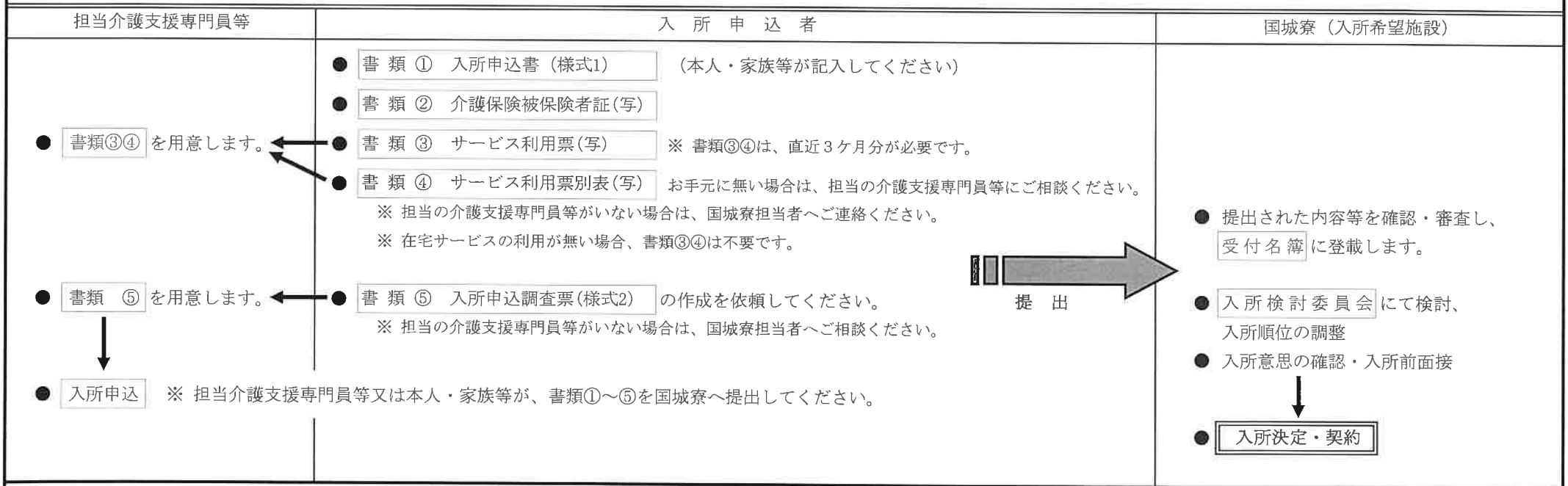
特別養護老人ホーム国城寮の入所申込について

◎ 提出書類及び留意点

入所申込にあたって提出していただく書類は以下①～⑤の5点ですので、国城寮へ入所を希望される場合は、担当介護支援専門員等または本人、家族等の方が国城寮へ下記の書類①～⑤をご持参又は郵送のうえ、入所申込手続きを行ってください。

- ① 『指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）入所申込書』
※ 記入方法については、別紙1をご覧ください。ご不明な点がございましたら、国城寮担当者までお尋ねください。
 - ② 『介護保険被保険者証』（写）
 - ③ 『サービス利用票』（写）（直近3ヶ月分）
 - ④ 『サービス利用票別表』（写）（直近3ヶ月分）
 - ⑤ 『指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）入所調査票』
- ※ 本票がお手元に無い場合は、担当の介護支援専門員等にお尋ねください。
- ※ この調査票は、担当の介護支援専門員等に作成を依頼してください。担当の介護支援専門員等がいない場合は、国城寮担当者までご連絡ください。

入所申込から入所決定までの流れ



受付担当者 ; 生活相談員・介護支援専門員

電話 ; 0736-26-7706

FAX ; 0736-26-8841

住所 ; 〒648-0101 伊都郡九度山町九度山1265-1 特別養護老人ホーム国城寮入所申込受付係

受付時間 ; 午前8時30分～午後5時00分（但し、土曜・祝日を除く。）

☆申込内容に変更が生じた場合（例；介護度の変更、在宅サービス利用率の変更等）は、入所順位に影響しますので速やかに当施設へ申し出てください。

また、申込を取り消す際も、来寮、電話及び郵送等の方法で当施設へ連絡いただけるよう、ご協力よろしくお願いいたします。

指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム国城寮) 入所申込書

申込者 (連絡先)

今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日時	令和 年 月 日 時 分

〒	—
住所	
フリガナ:	
氏名	続柄 ()
電話	携帯:

指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム国城寮) に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム国城寮		※保 険 者 (市町村)		
	フリガナ)	性別	被保険者番号		
氏 名	男・女	要 介 護 度	1	2	3
生年月日	大・昭 年 月 日	要 介 護 認 定 期 間		4	5
現住所	〒				日から 日まで

現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で1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"/> 特養などの施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入っている方は記入してください。 ◇施設名または病院名: _____ ◇所在地 (市町村名のみ): _____)
	◇入所又は入院時期: _____ 年 _____ 月から入所・入院している

本人の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 _____)
	<input type="checkbox"/> 経営栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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・特記事項等】

医療の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <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() () () ()
	(フリガナ) _____ 性別 _____ 氏 名 _____ 男・女 _____ 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: _____) 意 見 【介護しているうえで困っていること等】

今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。

令和 年 月 日

本人又は介護者の氏名: _____

印

※【保険者】欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者(市町村)の名称を転記して下さい。
 ※【介護保険被保険者証(写)・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別票(写)」を添付してください。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）入所申込書

①	申込日	令和〇年〇月〇日
②	受付日	令和 年 月 日
	日時	時 分

申込者（連絡先） 今後、施設事務への連絡先にお送りさせていただきます。

〒： 648-0101

住所： 伊都郡九度山町九度山1265-1

フリガナ： クニキ クロウ

氏名： 国城 太郎 続柄（長男）

電話： 0736-26-7704 携帯： 090-1234-5678

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム国城寮	※保険者 (市町村)	九度山町
(フリガナ)	クニキ ハナコ	性別	
氏名	国城 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生年月日	大 昭〇年△月×日	◎ 歳	要介護度 1・2・ 3 ・4・5
現住所	〒 648-0015 橋本市陽田町河瀬905-2		
本人の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等に入っている方 <small>は記入してください。</small> ◇施設名または病院名： _____ ◇所在地(市町村名のみ)： _____ ◇入所又は入院時期： _____ 年 月 から入所・入院している		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病名・特記事項等】 特になし		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input checked="" 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み予定 <input checked="" type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名() () () () () <input checked="" type="checkbox"/> 今後申し込み予定の他の施設名() () () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	クニキ クロウ	性別
	氏名	国城 太郎	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： _____) 【介護しているうえで困っていること等】		
意見	今後、施設への入所を円滑にすため、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 令和〇年〇月〇日 本人又は介護者の氏名： 国城 太郎		

※ [] の枠内を全て記入してください。

- ① 申込日： 申込者が施設へ提出した日
- ② 受付日時 当施設が申込書を受け付けた日（空欄でお願いします。）
- ③ 申込者： 本人又は本人を代理する家族等になります。
 （連絡先） ※本人等の記入が困難な場合は担当介護支援専門員等の代筆も可能です。
 ※今後、当施設との連絡手段となりますので、お間違いのないよう記入をお願いします。
- ④ 保険者： 介護保険被保険者証に記載の保険者（市町村）の名称を転記してください。
- ⑤ 被保険者番号： 介護保険被保険者証に記載の番号を転記してください。（右詰めでお願いします）
- ⑥ 要介護度・要介護認定期間： 介護保険被保険者証に記載されている内容を転記してください。
- ⑦ 現状： 該当するものにいずれか1つチェックしてください。
 ※「施設や病院等に入っている方」は、下記の【◇施設名または病院名】、【◇所在地】、【◇入所又は入院時期】を記入してください。
- ⑧ 入所を希望する理由： 該当するものすべてにチェックしてください。
- ⑨ 医療の状況： 該当するものすべてにチェックしてください。
 ※治療中の傷病名や医療にかかる配慮事項を記入してください。
- ⑩ 申込状況 該当するものにいずれか1つチェックしてください。
 ※参考までに、「既に申込みをしている特別養護老人ホーム」と、「今後申し込み予定の特別養護老人ホーム」の名称を記入してください。
- ⑪ 主たる介護者： 主に介護を行っている方について、記入してください。
 ※同居、別居のいずれかにチェックしてください。
 ※老人保健施設や病院等に3か月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3か月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻られると介護者がいる場合には介護者を記入してください。自宅に戻られても介護者がいない場合は空欄にしてください。
 ※意見欄には、家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。
- ⑫ 行政機関への報告についての同意欄： 日付、氏名、捺印をお願いします。

※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別票(写)」を添付してください。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム国城寮） 入所調査票（介護支援専門員が記入のこと）

入所申込者(本人)氏名	被保険者番号								
記 入 日	令和 年 月 日	保 険 者							市・町・村

事 業 所 名	連絡先電話番号		
担当介護支援専門員氏名	職 種		
要 介 護 度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率
	1・2・3・4・5	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	単身・介護者有
※	※	※	※
	□未利用	□入所(入院)中	点

【本人の心身の状況】

常時の介護や見守りが必要である
 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の心理・行動障害があり、介護者の日常生活に支障がある
 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じて介助が必要である
 多少の一部介助や見守りが必要とする
 その他（ ）

【介護者の状況】

介護者が全くいない
 介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障害・疾病・就労・その他）
 介護者が遠隔地にいる
 その他（ ）

【在宅生活継続の可能性】

きわめて困難
 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある
 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる
 その他（ ）

在宅生活に支障がある状況
 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない
 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難
 施設や病院の入所（入院）者で帰る家がない
 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由
 その他（ ）

【住環境】

住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭いなど）
 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある
 施設や病院等から退所（退院）を求められている
 その他（ ）

【参考事項】

家族の負担感
 介護疲れがひどい
 ほとんどかかわっていない
 在宅サービスを利用して何とか
 在宅サービスの利用により順調
 在宅サービスの利用ないが順調
 意思疎通
 慣れた人でも意思疎通は困難
 家族など慣れた人なら問題は少ない
 特に問題は少ない
 入所についての本人の意思
 強く拒否している
 拒否傾向
 意思確認が困難
 強く望んでいる
 希望はしていないが同意している
 同意している

医療の必要性	
同居以外の親族や援護者の有無	
在宅看護の可能性	
・介護者の事情	
家族の介護負担感	
住環境の状況	
その他	

本人の生活歴について (わかる範囲で記入をお願いします)

・ 出身地・出生時の家族構成・当時の生活状況

・ 学歴等

・ 結婚した年月日・配偶者の有無

・ 子供の氏名(続柄)

・ 現在の所在地

氏名 () 所在地

氏名 () 所在地

氏名 () 所在地

氏名 () 所在地

・ 結婚後の所在地・生活状況・就労等

・ 申込までの状況 (通院・入院等や要介護認定を受けてからの生活状況)

・ 既往歴 (病名・いつ頃・受診先)

病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先
病名	いつ頃	受診先

・ 本人の性格

・ 本人・家族の入所に対する意向

※ 書ききれない場合は裏面へ記入をお願いします。

特例入所の要件に該当する事由について

入所対象者名

介護度

令和

年

月

日 現在

● 該当する事由に印(以下の□に☑)を付け、具体的内容を記入してください。

□ 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。 ※ 認知症高齢者の日常生活自立度 ()

内容

□ 知的障がい・精神障がいを伴い、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が頻繁に見られる。 ※ 療育手帳 : □ あり () □ なし

※ 精神障害者保健福祉手帳 □ あり () 級 □ なし

内容

□ 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。

内容

□ 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。

内容

● 備考

.....

.....

.....

.....

※ 本人・家族・介護支援専門員等が必要事項を記入して下さい。(介護度 1・2 の方のみ必要)

入所対象者との関係

記入者名

印