

特別養護老人ホームさくら荘入所申込書

申込日：令和 年 月 日

さくら荘 荘長 様

受付担当者： (担当ケアマネ： 事業所名：)

| | | |
|-------------|--------------|----|
| ふりがな 申込者 | 住所 〒 - 続柄 | 電話 |
|-------------|--------------|----|

入所を希望する人、その状況について

介護保険証写 有・無 (月頃提出)

| | | | |
|------------|---|-------------|-----------------------------|
| ふりがな 氏名 | 男 女 | 保険者 保険番号 | (10ケタ) |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | 要介護度 | 支援・1・2・3・4・5 申請中 / 区変中 / |
| 住所 | 住所 〒 - | | |
| 生活 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名：) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名： 平成・令和 年 月 日から) | | |
| 介護 | <input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(精神的・身体的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成・令和 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) …利用の程度(具体的に) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) | | |
| 医療 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 () …現在治療中の病気など(医療機関名： 主治医：) | | |
| 申込み希望 | <input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む ・すでに申込み済施設… () () ・これから申し込む施設… () () | | |
| 居室希望 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特養(ユニット型個室)だけへの入所を希望します <input type="checkbox"/> 地域密着型特養・従来型個室・多床室を問わず入所を希望します <input type="checkbox"/> 従来型個室だけへの入所を希望します <input type="checkbox"/> 従来型多床室だけへの入所を希望します | | |

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に記入してください

| | | | |
|------|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 同居別 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居 | | |
| 意見など | 介護で困っていること | | |

入所を希望する人が要介護 1 又は 2 の場合には下記の事由の有無について

| | |
|--------------------|--|
| 自宅で日常生活を営むことが困難な事由 | <input type="checkbox"/> 認知症であって、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等頻繁に見られるため <input type="checkbox"/> 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ため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難であるため <input type="checkbox"/> 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が十分に受けられないため |
| 該当する事由の具体的な内容 | 出来るだけ詳しく記入してください |

※ すべての申込者が記入してください

| | |
|-----|--|
| 同意書 | 福井県又は市町村から求められた場合や、福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名： 印 |
|-----|--|

※申込の際には、被保険者証の（写し）、直近 3 か月分のサービス利用表及び別表の（写し）を添付してください。

※申込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください