

指定介護老人福祉施設入所申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名

ゆうあいの里大同 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

入所希望者	ふりがな							性別	男・女	生年月日				
	氏名									明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	住所	〒 ー								(自宅電話) (携帯電話)				
被保険者番号								要介護度		1 2 3 4 5				
保険者番号								保険者名						
初回要介護認定年月日		平成 年 月 日						認定の有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
認定審査会の意見等														

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 ー						(自宅電話) (携帯電話)					
	ふりがな							入所希望者との続柄					
氏名													
	住所	〒 ー						(自宅電話) (携帯電話)					
連絡先	ふりがな							入所希望者との続柄					
	氏名												

※申込者以外の方への連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる。又は申込む予定。	
	既に申込んだ施設名	() ()
	申込み予定施設名	() ()
		() ()

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 ()
-------	---

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期(昭和・平成 年 月から)				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他()				
(該当するものをいくつかも選んでください)					
医療に関する状況	(特別な医療的対応)				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他()				
	(現在治療中の病気等)				
認知症による問題行動	<input type="checkbox"/> 該当なし				
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想				
	<input type="checkbox"/> その他()				
(問題行動の起きる頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭	続柄	
	氏名					年 月 日		
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間(_____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患等で定期的に通院中(病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する(病名 _____) ・要入院加療(_____ ヶ月 程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有(_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(子供の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる(要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる(_____ 級・種類: _____)						
介護の協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居家族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表(写)………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族及び近親者(※入所希望者本人の記入は不要です)					
氏名		年齢	歳	続柄	
		居所		就労状況	
氏名		年齢	歳	続柄	
		居所		就労状況	
氏名		年齢	歳	続柄	
		居所		就労状況	
氏名		年齢	歳	続柄	
		居所		就労状況	
氏名		年齢	歳	続柄	
		居所		就労状況	

※居所について・・・同居の場合は「同居」、別居で名古屋市内の場合は区名を、市外の場合は市町村名を、
県外の場合は県名をお書き下さい。

近親者の状況	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">本人</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 200px; margin: 0 auto;">配偶者</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px; margin: 0 auto;">子</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px; margin: 0 auto;">孫</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px; margin: 0 auto;">兄弟姉妹</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px; margin: 0 auto;">甥姪</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px; margin: 0 auto;">その他の近親者</div>	

入所希望者について

収入	円/年
介護保険負担限度額 認定証	無 ・ 有 食費 円
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも <input type="checkbox"/> 4人部屋