

# 特別養護老人ホーム 優美 入居申込書

特別養護老人ホーム 優美

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

「特別養護老人ホーム 優美」へ入居したいので、「介護保険被保険者証の写し」、「状況確認書」及び「介護支援専門員等意見（様式2）」を添えて次の通り申込みます。

## ①入居希望者の情報

※記入もれのないようご注意ください。

入居希望者氏名		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	〒			電話番号	( )			
要介護度	要介護3・要介護4・要介護5							
世帯と現在の状況 <small>※該当する箇所に☑を入れてください</small>	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。				<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。			
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設や病院等に入所（院）している。				所在地 ( )			
	<input type="checkbox"/> 施設名 ( )				時期 年 月 日から			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
居宅介護支援事業所	事業所名 担当者				電話番号	( )		

## ②入居申込みの理由

※該当する箇所すべてに☑を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。	<input type="checkbox"/> 介護者が遠距離在住・入院中などにより介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、虚弱等の状況にあり、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難。
<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい。
<input type="checkbox"/> 住宅の構造が介護を行うのに適していないため十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 病院等から退院を求められているが、在宅での介護が困難。
<input type="checkbox"/> 当ホームを退去して長期入院をし退院することになったが在宅での介護が困難。	

※要介護1、要介護2の方で、特別に入居を希望される方は下記の該当する箇所に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 認知症のため、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。	
<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等があり、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が頻繁に見られる。	
<input type="checkbox"/> 単身世帯である、もしくは同居家族が高齢又は病弱であるなど、家族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十分でない。	

【上記申込み理由以外に入居申込理由があればご記入ください】

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までにしたい		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当ホームにのみ申込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申込んでいる。または今後申込み予定 ◇既に申込んでいる施設名 ( ) ◇今後申込み予定の施設名 ( )		

※裏面もご記入下さい

③ご家族（申請者・連絡先）

氏名		年齢	関係	同居の区分
		才		同居・別居
住所	〒	—	電話番号	自宅 ( )
				携帯 ( )
意見	【介護を行っている中で困っている事等を具体的にお答えください】			

④家系図 ※ご本人様と主介護者様との関係がわかるようご記入ください。

- 女性
- 男性
- 女性（死亡）
- 男性（死亡）
- 女性（本人）
- 男性（本人）

※本人と同居されている方を、点線で囲って下さい。  
 ※主として介護を行っている方の名前を家系図内に記入してください。

⑤説明確認及び同意欄

私は、次の事項についてホームより説明を受けました。

- ・入居判定基準について。
- ・入居の順位見直しについて。

入居を申込むにあたり、心身の状況等の情報を居宅担当の介護支援専門員等から聴取することについて同意いたします。

入所申込者の入所判定や年1回県が実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。

年      月      日

氏名 本人との続柄 ( ) 印