

入所申込み御案内

特別養護老人ホーム
ローズガーデン甲子園

1. 入居申込み書類

特別養護老人ホーム 入所申込書（様式1）

基本的に家族の方が、ご記入をお願いします。「申込代理者」の欄は入居に関する連絡先となっていますので、自宅、職場、携帯電話番号の記載をお願いします。

「主たる介護者の状況」については、出来るだけ詳細にご記入をお願いします。

介護支援専門員等意見書（様式2）

居宅介護支援事業者又は施設等のケアマネジャーに記入してもらって下さい。

[添付資料]

介護保険被保険者証（写し）

要介護認定調査表の基本調査（写し）

役所で取寄せが必要です。（その際、開示申請にあたり下記のものが必要です。）

- ・被保険者の身分証(介護保険被保険者証等)
- ・申請者の身分証
- ・被保険者の印鑑(みとめ印 可・シャチハタ不可)
- ・申請者の印鑑(みとめ印 可・シャチハタ不可)

「お薬の説明書」（薬剤情報提供書）

サービス利用票及びサービス利用票別表（写し）

直近3ヶ月分の利用票

担当のケアマネジャーに依頼してください。在宅サービスを受けていない方は不要。

2. 入居選考方法

当施設入居選考委員会を設置し、入所コーディネートマニュアル及び施設の受入れ体制等に基づき選考させていただきます。

3. 入居決定通知

選考委員会において入居が決定次第、追って施設より申込者へご連絡致します。

4. 入居申込み受付

社会福祉法人豊中福祉会 特別養護老人ホーム ローズガーデン甲子園

〒663-8179 兵庫県西宮市甲子園九番町 10-50

TEL 0798-81-5037 FAX 0798-81-5031

※ 書類が全て揃った状況にて「申込み受付」とさせていただきます。

入所申込みの方の状況が変化した場合（要介護認定の変更など）には、連絡をお願いします。

※ 施設からの連絡については入居決定した方からの連絡となりますので、ご了承下さい。

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

特別養護老人ホームローズガーデン甲子園
施設長 様

入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		要介護度	1・2・3・4・5
認定有効期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		電話番号	(_____)
現住所	〒 _____			

【必要添付書類】

介護支援専門員等意見書(様式2)、認定調査票(基本調査)(写)、「介護保険被保険者証」(写)
「お薬の説明書」(薬剤情報提供書)、直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒 _____		電話番号 携帯電話番号 (_____)

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急・平成 _____ 年 _____ 月以降	申込予定： 貴施設のみ・他にも申込む _____ ヶ所(予定)			
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“ <input checked="" type="checkbox"/> ”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： _____ <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期： _____ 年 _____ 月 _____ 日から入所・入院している。				
入所希望理由 (要介護3~5の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい) (_____)				
特例入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、左記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない				
主たる介護者	ふりがな	性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	氏名	男・女		電話番号	(_____)
	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： _____)			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	意見	【介護をしている上で困っている事等】			
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で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。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名				

(様式2)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
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：)
介護者が近隣にいる。
同居の介護者がいる。(人)
その他 ()

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい
在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
在宅サービスの利用にて順調
在宅サービスの利用ないが順調
殆ど関わっていない

