

入所申込者各位

社会福祉法人真善会 特別養護老人ホームもみの木  
施設長 久保 俊子

## 入所申込みをされるにあたってのお願い

この度は、入所申込みをご検討下さいまして誠にありがとうございます。  
入所申込みをされる皆様に、以下のことをお願いしております。お手数をおかけしますが、ご理解、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

### 1. 入所申込書類として次の書類をお渡しします。

- ・特別養護老人ホーム もみの木 入所申込書類
- ・特別養護老人ホーム もみの木 利用料金表（予定）

### 2. 入所申込時には以下の書類が必要です。

#### (1) 特別養護老人ホーム もみの木 入所申込書類（3枚）

入所申込者の方は「説明確認」に記名、押印をお願いします。

※当法人では「埼玉県優先入所指針」に沿って検討を行います。詳しくお聞きになりたい方はお問い合わせください。

#### (2) 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証(\*)

コピーを添付してください。 (\* ) 介護保険負担限度額認定証のコピーはお持ちの方のみ

#### (3) サービス利用票（最近3カ月分）

コピーを添付してください。

(現在居宅サービスを利用している方、施設入所、病院入院前に利用ありの方。)

#### (4) 介護認定調査票（写）、主治医意見書（写）

各区市町村の介護保険課より、ご家族様が直接お取り寄せ下さい。

入所申込後に、ご本人様もしくはご家族様の様子が変わられた場合は、ご連絡くださいますよう、ご協力をお願いいたします。

【お問い合わせ先】 〒345-0816 埼玉県南埼玉郡宮代町金原567

社会福祉法人 真善会 特別養護老人ホームもみの木

TEL : 0480-33-5580 FAX : 0480-33-5582

担当 (久保・中村)

# 特別養護老人ホーム 入所申込書

( )

特別養護老人ホーム もみの木  
施設長 久保 俊子様

【申込者】		申込日	令和	年	月	日
		受付日	令和	年	月	日
住所	〒					
(ふりがな) 氏名					(本人との関係)	
電話			携帯			
勤務先名			勤務先 電話			

特別養護老人ホーム もみの木 へ入所したいので次のとおり申込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏名		性別 男 女	保険者		介護保険 負担割合	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日( )	割	
	住所	〒			要介護度	1・2・3・4・5	
	電話				介護認定 期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者二人暮らし <input type="checkbox"/> 子供、親族等との同居 <input type="checkbox"/> その他					
	現在利用している 在宅サービスの 状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) ( ) ( )			<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) ( ) ( )		
	該当の□をチェック ( )内に具体的内容 を記入下さい。	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( ) ( )			<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 ( ) ( )		
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) ( )			<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 ( ) ( )		
	認知症等による 不応行動	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) ( ) ( )					
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> その他( ) ( )					
担当介護支援専門員	事業所名:			氏名:			
優先入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため ( ) ( )						
該当の□をチェック ( )内に具体的理由 を記入下さい。	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( ) ( )						
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( ) ( )						
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( ) ( )						
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) ( )						
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( ) ( )						
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )						

介護者の状況

主たる介護者  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ふりがな)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
	① 生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況 )		
	住所連絡先	〒 ( 電話 ) ( 携帯 )		
	② 主介護者の障害疾病の状況	<input type="checkbox"/> 障害、疾病があり介護困難 <input type="checkbox"/> 障害、疾病はあるが多少介護可能 <input type="checkbox"/> 障害、疾病はあるが介護可能 <input type="checkbox"/> なし		
	③ 主介護者の育児家族疾病状況	<input type="checkbox"/> 常時育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> なし		
	④ 主介護者の介護状況	<input type="checkbox"/> 複数の介護をしていて介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが多少介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが介護可能 <input type="checkbox"/> なし		
⑤ 主介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 1日4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 1日4時間未満 <input type="checkbox"/> 高齢のため就労不能 <input type="checkbox"/> 就労していない			
主介護者の勤務先名		勤務先電話		
従たる介護者  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ふりがな)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況 )		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所連絡先	〒 ( 電話 ) ( 携帯 )		
⑥本人の介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護可能 <input type="checkbox"/> 介護は可能			
居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 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 <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 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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 <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の供給が不十分な状況である			
介護期間	年 月 日 頃から ( 年 か月 )			
その他	優先入所を希望する時期	1、今すぐ入所したい 2、 年 月頃までには入所したい		
	申込状況	1、当該施設のみ申し込む 2、他の施設に申し込んでいる (申込年月日) (施設名) (住所)		
	待機期間			
説明確認	私は、入所申し込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 申込者氏名			

※介護保険被保険者証(写)・介護認定情報、調査票(写)・主治医意見書(写)・サービス利用票(写)(3ヶ月分)を添付して下さい。

※現在利用している在宅サービスの状況の( )内には、その具体的内容を記入してください。

※優先入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。

※入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出して下さい。

※申込内容に変更が生じた場合は施設に連絡し、指示を受けて下さい。

身体 の 状 況

日 常 生 活 動 作	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明(メガネ 有・無)			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 (補聴器 有・無)			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 )			
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> その他 )			
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事時使用している物 ・主食( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト ) ・副食( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト ) ・カロリー制限 <input type="checkbox"/> 有( Kcal ) ・嗜好( )			
	義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( 1、総入れ歯 2、部分入れ歯 3、有るが使用していない ) <input type="checkbox"/> 無			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ(1、常時 2、夜間) ・尿意( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・便意( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・失禁( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 1、一般浴 2、機械浴 )			
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー )			
医療行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他( )				
認知症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他( )				
既往歴 区分：通院 入院 手術	病名	医療機関名称	区分	期間	
				~	
主治医	医療機関名：		医師名：		
現在の所在地 (入院・入所してる方)	病院・施設名： 住所： 電話： 期間： 年 月 日 ~				
介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 ( 食費負担限度額 : <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円 ) <input type="checkbox"/> 無				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 ・手帳の種類 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無 ・取得年月日 年 月 日 交付				
収 入 状 況	年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 受給なし			
	年金受給額	( 円 / 月 ・ 円 / 年 )			
	その他の収入	( 円 / 年 )			
	合計	( 円 / 年 )			
( その他 )					