

社会福祉法人彩世会特別養護老人ホーム入居申込書

申込者 今後、郵便物などはこの連絡先にお送
(連絡先)りさせていただきます。

申込日 令和 ○年 △月 □日

主で連絡を取り合
う方の連絡先を記
入して下さい

〒 -	住所
氏名	続柄
電話番号(自宅)	- -
(携帯電話)	- -

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に
入所したいので次のとおり申し込みます。

申し込みたい施設
にチェックを入れ

申込先（入所希望施設）		<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホームコスモス苑 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホームコスモス苑さとづか		保険者	札幌市
				被保険者番号	○○○○○○○○
フリガナ	トクシュウ タロウ	性別	男	要介護度	要介護○
氏名	徳州 太郎	要介護 認定期間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで		
生年月日	大正・昭和 ○年 ○月 ○日（○○歳）			マイナンバー カード	有・無
現住所	入居される方の連 絡先を記入して下 さい				
介護保険限度額認定	有・無 3段階	年間所得額	年金 約130万 円 その他 円	年金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> その他
障がい者手帳	有・無	種別	身体・療育・精神	等級	種 級
入所希望者の状況	現況 ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所（院）中 ※「施設・入院等に入所（院）中」の方は記入ください 施設名又は病院名： ○○病院 所在地（市町村名のみ） ○○市 入所又は入院時期： ○年 ○月 ○日から入所・入院している				
介護者等の状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む）ウ 独居			
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない			
	介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上または介護者はいない			
	介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない			
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者がいない			
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが疲労感が強い ウ 最低限のかかわりのみ又は介護者はいない			
生活機能状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない ※施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の入所継続期間 （イ 制限なし ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満）				
	オ 自宅等				
経済状況	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所（院）中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上			
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所（院）中 イ 十分にサービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している			

該当箇所を選択し
て下さい

介護保険負担割合		ア 3割 イ 2割 ウ 1割			
住居		ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活ができる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない			
入所希望時期		ア 今すぐ入所したい イ 年 月頃までに入所したい			
医療の状況		ア 経管栄養 イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ インシュリン注射 オ その他 【現在治療中の病気・特記事項等】 () 左脳梗塞 平成〇年〇月 〇〇病院 高血圧 不明			
生活歴		出生地： 配偶者：□あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 死別 □離別 最終学歴： 主な職歴： 子 供： <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし (男 1人 女 2人)			
認知について		<input checked="" type="checkbox"/> 認知症あり □認知症なし ※認知症ありの方 <input checked="" type="checkbox"/> 診断あり □診断なし (アルツハイマー型認知症 ・血管性型認知症・レビー小体型認知症・前頭側頭型認知症) 行動障害： <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし 症状：ご家族様や関係者様がみた頻度や判断でご記入お願いいたします。 □被害妄想 □帰宅願望 □暴言 □暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 大声 <input checked="" type="checkbox"/> 独語 □介護拒否 □徘徊 □幻聴 □幻覚 □感情不安定 □収集行為 □異食行為 □不潔行為 □昼夜逆転 □その他：			
他施設申込み状況		ア 当該施設のみ申込み イ 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定 ※既に申込みをしている他の施設名 (〇〇園、△△苑) ※今後申し込む予定の他の施設名 ()			
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	同居の区分	ア 同居している イ 別居している (住所：)			
	意見	【介護をしている上で困っていること】 主で介護、関わっている方の事を記入して下さい			
紹介居宅介護支援事業所、医療機関ソーシャルワーカー (又は在宅支援センター)	事業所名： 〇〇病院		電話番号 011 (〇〇) 〇〇 担当者名 〇〇さん		
申込者様に対する当苑からの連絡について	実態調査日程電話連絡： 要 ・ 不要 入居検討委員会結果電話連絡： 要 ・ 不要 入居検討委員会結果書面郵送： 要 ・ 不要		連絡について記入して下さい		