

特別養護老人ホーム 入所申込書

複数施設に申し込む場合は、コピーでも構いません。「申し込み施設名」と「同意書」の署名については、それぞれの申込書に記名・押印をお願いいたします。

申込者 ☐ 郵便物の送付先、連絡先を申込者にする	住所	〒 945—0112 柏崎市大字畔屋194番地1
	フリガナ氏名 (本人との続柄)	柏刈 太郎 (夫)
	電話番号	(0257) 24 — 4100

※今後郵送物などは、下記の身元引受人にお送りいたします。なお、郵送物の送付先や連絡先を申込者にする場合は、上記申込者欄に☑を入れてください。その他の方に変更する場合は、速やかに施設へ御連絡ください。

※複数施設に申込みを希望する場合は、それぞれの施設ごとに申込書を提出してください。

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。

入所希望者本人の状況	申し込み施設名	特別養護老人ホーム しおかぜ荘												
	フリガナ	カシカリ ハナコ												
	氏名	柏刈 花子												
	性別	男・女												
	生年月日	大正 19 年 7 月 7 日 昭和 (80) 歳												
	現住所	〒 945 — 1102 柏崎市大字畔屋194番地1 電話(0257) 24 — 4100												
	介護保険	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	保険者名	柏崎市・()
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☒ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5												
	認定期間	令和●年 ●月 ●日 ~ 令和●年 ●月 ●日												
	障害者手帳等	手帳の種類: 身体障害者手帳 (障害名: ●●●●●●●●) 判定: 2 級 平成●年 ●月 ●日												
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☒ ストマ(人工肛門) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ その他()													
現況	☒ 自宅 (単身・家族と同居) ※家族と同居の場合は状況を裏面に記載してください ☐ 病院入院中(名称:) 入院時期: 年 月から ☐ 自宅以外で生活(名称:) 入所・入居時期: 年 月から (有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・グループホーム・老人保健施設・ケアハウス・その他)													
特例入所対象者 (要介護1又は要介護2の方)	入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 ☐ 認知症の状況(話したことをまったく覚えていない、実際にはいないがそこにヘビがいるなど言う) ☐ 知的障害・精神障害等の状況() ☐ 介護者家族の状況(基本的には私が介助しているが私も高齢で足が悪くて介護は困難である) ☐ その他()													
入所希望時期	☒ 今すぐ入所希望 ☐ 半年くらい先に入所希望 ☐ 1年くらい先に入所希望													
申込状況	☐ 他に申込みを行っていない ☒ 他に申込みを行っている施設がある(施設名に○をつけてください)													
	【多床室(4人部屋)や従来型個室の施設】 おつみ荘・しおかぜ荘・なごみ荘・いこいの里 ・柏柳の里・にしかりの里・やすらぎの里 ※部屋のタイプにより施設サービス費・居住費が異なります。 【ユニット型個室の施設】 ・くじらなみ・ぺぺ・メメール ・たんねの里・はやまの里 ※部屋のタイプにより施設サービス費・居住費が異なります。													
身元引受人	フリガナ氏名	柏刈 ひろし				続柄	長男	生年月日	昭和・平成 40 年 1 月 1 日					
	現住所	〒 945 — 8570 新潟市中央区新光町●番地●												
	連絡先	電話(●●●) ●●● — ●●●● 携帯(●●●) ●●● — ●●●● 連絡可能な時間帯 午前・午後 6 時 00 分頃												
同意書	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所に係る手続のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を関係市町村に提供すること、並びに関係市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 令和 5 年 5 月 1 日 本人(又は身元引受人) 署名 柏刈 ひろし													

○家族構成（同居の方全員について記入してください。同一敷地内または隣接敷地内で生活されている場合も記入をお願いします。）

氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
柏刈 太郎	夫	男	大・昭・平 19 年 7 月 7 日生	無職	(●●●●)●●●●-●●●●
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -

○別居の親族(親・兄妹・子・その他の親戚)

氏 名	住 所	続柄	性別	電話番号
柏刈 ひろし	新潟市中央区新光町●番地●	長男	男	(●●●●)●●●●-●●●●
			男・女	() -
			男・女	() -

○介護の状況

- ☐ 身寄りがないなど、介護をする者が全くいない。
- ☐ 身寄りが離れて住んでいる又は病院に長期入院中などのため、事実上介護をする者がいない。
⇒具体的状況（ ）
- ☒ 主に介護をする者が次の事情に該当するため、十分な介護が困難である。
- ・主たる介護者の氏名（ 柏刈 太郎 ） 本人との続柄（ 夫 ）
- ・該当事由(主たる介護者の状況で当てはまる項目にチェック)
- ⇒☐要介護：介護度（ ） ☐障害：程度（ ）
- ☐病気：病名（ ） ☒高齢(70歳以上)：年 齢（ 80 歳）
- ☐就業：勤務先（ ） ☐育児：児童年齢（ 歳）
- ☐複数介護：被介護者の状況（ ）
- ☐その他（ ）
- ※介護を補助する同居者(介護補助可能な18歳以上の者)の有無（ 有 ・ 無 ）
- ☐ 上記以外

○日常生活動作について

移 動	自立・独立(杖・歩行器)・車椅子(自操・介助)・不可
食 事	自立・一部介助・全介助(形態)・経管栄養
排 泄	自立(トイレ・ポータブルトイレ)・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・差込み)・不可(オムツ使用)
入 浴	自立・一部介助・全介助(形態)
着脱衣	自立・一部介助・全介助
起 座	自立・一部介助・全介助・不可
寝返り	自立・一部介助・全介助・不可

○心身の状況について

視力障害	無・弱視(左・右)・全盲
聴力障害	無・やや難聴(左・右)・難聴
言語障害	無・少し不自由・不自由
会 話	普通・どうか可・不可
歯の障害	無・一部義歯・総義歯
失 禁	有・無
床ずれ	有・無
徘徊	有(居室内・屋内・屋外)・無

○主な病歴

年 月	内 容	年 月	内 容
平成●年●月	直腸ガン		
昭和●年●月	アルツハイマー型認知症		

○指定居宅介護支援事業所及び担当ケアマネジャー氏名

事業所名	むつみ荘居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー氏名	●●●●
------	---------------	-------------	------

○備 考（上記以外で、特に伝えたい内容等ございましたらご記入ください。）