

特別養護老人ホーム入所申込書

標準様式

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
申込施設	☐ 【従来型多床室】 ☐ 高風園 ☐ 高風園「そめやの里」 ☐ 明風園 ☐ 菱風園 ☐ 【地域密着型個室】 ☐ 高風園「そめやの里」(高崎市に住所のある方に限る) ※入所希望施設をチェックして下さい		

入所希望者の状況			
入所希望者 氏 名	(フリガナ)	保 険 者	高崎市 ・ 前橋市 ・ 桐生市 その他 ()
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
現 住 所	〒		
要介護度	☐ 介護度1 ☐ 介護度2 ☐ 介護度3 ☐ 介護度4 ☐ 介護度5 (認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)		
現在の介護	☐ 自宅で1人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成： ☐ 入院(所)中 (☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他) ※施設名又は病院名： ※入所(院)時期：平成・令和 年 月から ☐ その他 ()		
入所を希望する理由	☐ 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 ☐ 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 ☐ 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 ☐ 他にも介護をしなければならない家族がいる。 ☐ 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 ☐ 病院や他の施設から退所を求められている。 ☐ 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 ☐ その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください。) 		
※該当するものすべてを選んでください。	要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当要件) ☐ 認知症であり、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等が頻繁に見られる。 ☐ 知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。 ☐ 療育・障害者手帳あり ☐ 療育・障害者手帳なし ☐ 家族等による深刻な虐待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。 ☐ 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である。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。		

医療の状況 ※該当するものすべてを選んでください。	☐ 経管栄養 ☐ 人工肛門 ☐ 胃ろう ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ 尿管カテーテル ☐ 現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること 		
希望入所時期	☐ 今すぐの入所を希望する ☐ 今すぐの入所を希望しない		
他施設への 申込状況	☐ 申込なし ☐ 申込(予定)あり ※施設名 		
申込者欄〈家族等〉			
フリガナ 氏 名			本人との 続 柄
住 所 （郵便物の送付や施設からの連絡先） ※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。 〒			
TEL — — 携帯電話 — —			
申込代理者欄〈介護支援専門員〉			
※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。			
代理申込を行う 介護支援専門員	(フリガナ) 氏 名	連絡先 電話番号	— —
介護支援事業所名			
代理申込を行う介護支援専門員の意見			
※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄〈家族等〉に記入してください。 入所申込における個人情報の取り扱い方について ・当施設における入所検討委員会の判定資料として ・入所待機状況の確認・調査のため ・入所に係る各関係機関等の情報交換のため ・申込者様からのお問い合わせや相談をお受けするため ・当施設が扱うサービスの案内をさせていただくため ・群馬県及び保険者（自治体）に必要な情報の提供を行うため 入所待機者の状況把握と介護保険事業計画等の施策への反映のために、氏名、住所、要介護度、現在の待機先、被保険者番号、申込者氏名、連絡先を報告させていただきます。 ※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」に基づき取り扱います。 ※報告により複数申し込みが確認されますが、これにより入所順等への不利はございません。 ☐ 入所申込に係る説明事項を確認し上記内容に同意します。（家族） ☐ 入所申込に係る説明事項及び上記内容について申込本人又はご家族へ報告し同意を得ます（介護支援専門員等） 令和 年 月 日 署名 印			
留 意 事 項	※入所申込の有効期間は、原則、現在の介護認定期間とさせていただきますので、更新・変更があった場合はご連絡をお願いいたします。 また、当施設以外の特別養護老人ホームへ入所決定した際も、ご連絡をお願いいたします。		

※添付書類 被保険者証の（写）