

申込注意事項

《申込時のご提出書類》

- 入所申込書
- 認定調査票
- 介護保険被保険者証・負担割合証・減額証（お持ちの方）のコピー
- 在宅サービスご利用の方は直近の利用票・利用票別紙写し（直近 3 か月分）

☆書類提出の方法☆

【提出先】

〒333-0823

埼玉県川口市大字石神 58（みやびの郷内）

TEL：048-712-1717 FAX：048-712-1718

三室みやびの郷開設準備室 生活相談員 宛

※事前にご連絡の上、ご持参下さい。尚、遠方にお住まいの方などご持参が難しい方はご相談下さい。（郵送での受付も対応しております）

《書類到着後の流れ》

・・・書類到着後、開設準備室から確認の連絡を差し上げます。（お電話もしくは郵送での連絡を予定しています）その際、今後の流れについてご説明させていただきます。

《入所申込書について》

・・・記入例を参考に可能な限り記入をお願い致します。記入についてご不明な点や申込みに関するお問い合わせ・ご相談は御座いましたら下記までお問い合わせください。

担当：（仮称）三室みやびの郷 開設準備室

TEL：048-712-1717 FAX：048-712-1718

受付時間：月曜日～土曜日 8：30～18：00

Mail：urawa-miyabinosato@keiaikai-j.jp

受付時間：24 時間可能

(様式 1)

(仮称) 特別養護老人ホーム三室みやびの郷入所申込書①

申 込 日	平成 30 年 〇〇 月 〇〇 日
受 付 日	平成 年 月 日

(仮称) 特別養護老人ホーム 三室みやびの郷 施設長 様

【提出者】

住 所	〒123-4567 埼玉県さいたま市緑区三室 1712	
(フリガナ) 氏 名	ケイアイ ミヤビ 敬愛 雅	本人との関係 長女
電話番号	12 (345) 6789	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	ケイアイ サト 敬愛 さと	性別	保 険 者	さいたま市	
	生年月日	明・大・昭 5 年 4 月 1 日 (87 歳)	男	被保険者番号	98765432	
	住 所	〒123-4567 埼玉県さいたま市緑区三室 1712	女	要介護度	1・2・3 4・5	
	認知症等による行動障害 (別表 1 参照)	ときどき見られる行動の番号 : 2 . 4 . 5 . 6 頻繁に見られる行動の番号 : 3 . 7 . 9 . 10 . 12	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類 : . 級) 2 なし				
	入所を希望する理由 (※ 1)	1 主たる介護者 ① い (音信不通を含む) ② 長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難 (複数回答あり) 理由 ① 高齢 ② 障害者 ③ 複数の要介護者がいる※ 2 ④ 就業 ⑤ 育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※ 3 ① 夜間の介護サービス ② 往診や訪問看護等医療系サービス ② 時の見守り ④ 家事支援等の安価なサービス活動 ⑤ その他 () 4 その他 ()				
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号 (複数回答あり) 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度 <u>お薬手帳添付</u>				

介護被保険証を確認下さい

※ 1 入所を希望する理由 () 内には、その具体的理由を記入してください。

※ 2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を () 内に記入してください。

※ 3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

※記入例※

(仮称) 特別養護老人ホーム三室みやびの郷入所申込書②

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏名	ケイアイ ミヤビ 敬愛 雅	性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 42年 1月 1日 (50歳)	男・女	長女	
		同居区分	1同居 2別居 ()			
	従たる介護者	(フリガナ) 氏名	ケイアイ ゴウ 敬愛 郷	性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 37年 5月 5日 (55歳)	男・女	長男	
		同居区分	1同居 2別居 ()			
	介護の可能性	介護困難	多少介護可能	介護可能		
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況	主たる介護者の健康状態			
	有 (常勤・パート) 無	有 (人 歳) 無	良好 不良 ()			
		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ()				
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ 2 30年 4月頃までには、入所したい				
	申込の状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名： お申込状況をご記入ください				
	待機月数	年 月				
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)	該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください。				
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名					

※介護保険被保険者証のコピー、認定調査票(写)、主治医意見書、サービス利用表(写)及びサービス利用表別表(写)(概ね直近3カ月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

別表 1

認知症等による行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

特例入所の要件

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる要件を申込書に記載してください。

ア 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こと

イ 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こと

ウ 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こと

エ 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こと

(様式 1)

(仮称) 特別養護老人ホーム三室みやびの郷入所申込書①

申 込 日	平成 年 月 日
受 付 日	平成 年 月 日

(仮称) 特別養護老人ホーム 三室みやびの郷 施設長 様

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	認知症等による行動障害 (別表 1 参照)	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：			
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類： 級) 2 なし			
	入所を希望する理由 (※ 1)	1 主たる介護者 ①ない (音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難 (複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※ 2 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※ 3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号 (複数回答あり) 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度 _____			

※ 1 入所を希望する理由 () 内には、その具体的理由を記入してください。

※ 2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を () 内に記入してください。

※ 3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

(仮称) 特別養護老人ホーム三室みやびの郷入所申込書②

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
	従たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能				
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
	有 (常勤・パート) 無		有 (人 歳) 無		良好 不良 ()	
				主たる介護者の家族の健康状態		
				良好 不良 ()		
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ 2 年 月頃までには、入所したい				
	申込の状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：				
	待機月数	年 月				
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)	該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください。				
説 明 確 認	<p>私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。</p> <p>また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					

※介護保険被保険者証のコピー、認定調査票(写)、主治医意見書、サービス利用表(写)及びサービス利用表別表(写)(概ね直近3カ月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

別表 1

認知症等による行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

特例入所の要件

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当と思われる要件を申込書に記載してください。

- ア 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こと
- イ 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こと
- ウ 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こと
- エ 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こと