

## 入所申込のご案内について

1. 申込書は1枚です。記入漏れのないようお願いいたします。併せて下記の書類の添付をお願いいたします。
  - ① 状況調査票
  - ② 後期高齢者医療資格確認書または国民健康保険資格確認書（写）
  - ③ 介護保険被保険者証（写）
  - ④ 介護保険負担割合証（写）
  - ⑤ 介護保険負担限度額認定証（写）※該当する方のみ
2. 介護度等待機状況が変更になった場合は、ご連絡をください。
3. 他施設入所等あった場合は、取り下げのご連絡をください。
4. 不明な点がございましたら、和陽園（043-237-0157）までご連絡ください。

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

|    |   |
|----|---|
| 〒  | : |
| 住所 | : |
|    |   |
| 氏名 | : |
| 電話 | : |

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。

|                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                            |             |   |   |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|-------------|---|---|
| 申し込み先<br>(入所希望施設)                    |                             | 和 陽 園                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | 保 険 者                      |             |   |   |
| 入<br>所<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況 | (フリガナ)                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 性別          | 被保険者番号                     |             |   |   |
|                                      | 氏 名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 男・女         | 要 介 護 度                    | 1           | 2 | 3 |
|                                      | 生 年 月 日                     | 明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 要介護<br>認定期間 | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | 4           | 5 |   |
|                                      | 現 住 所                       | 〒 —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                            |             |   |   |
|                                      | 現 況                         | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。<br>◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____<br>◇入所又は入院時期: 令和 年 月から入所・入院している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                            |             |   |   |
|                                      | 入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい) | ※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。<br>(要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。)<br><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><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である。 |             |                            |             |   |   |
|                                      | 入所希望時期                      | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所した                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                            |             |   |   |
|                                      | 医療の状況                       | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【現在治療中の病気・特記事項等】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                            |             |   |   |
|                                      | 申込状況                        | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。<br>◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( )<br>◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                            |             |   |   |
|                                      | 主<br>た<br>る<br>介<br>護<br>者  | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | 性別                         | 本人との関係      |   |   |
| 氏 名                                  |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 男・女         | 生年月日                       | 大・昭・平 年 月 日 |   |   |
| 同居の区分                                |                             | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                            |             |   |   |
| 意 見                                  |                             | 【介護をしているうえで困っていること等】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                            |             |   |   |