

特別養護老人ホーム愛の園 入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日
受付番号			

← 施設で記入します

申込後の電話連絡先・郵送物送付先	
住所	〒 -
氏名	
電話番号	
携帯電話	

※特例入居の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

特別養護老人ホーム愛の園に入居したいので、次のとおり申し込みます。

申込先	特別養護老人ホーム愛の園		保険者		
本人の状況	(フリガナ) 氏名		男・女	被保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		要介護度 <input type="checkbox"/> 変更申請中	
	生年月日	大正・昭和 / 西暦 年 月 日 歳			
	現住所	〒 -			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅でひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院・介護老人保健施設・養護老人ホーム・有料老人ホーム等に入っている 施設・病院の名前 所在地(市町村名のみ) [] [] 施設・病院等に入った時期 年 月 日 から			
	入居を希望する理由 (該当するもの全てを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障がい、疾病などにより、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 病院・施設などから退居を求められているが、自宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護保険・居宅サービスが支給限度額を超え、経済的負担が大きいため			
	入居時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入居したい			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 結核・感染症 <input type="checkbox"/> 胃・腸瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 《現在治療中の病気など特記事項》			
	申込状況	<input type="checkbox"/> 本施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる(申込む予定)施設名()			
	主たる介護者	(フリガナ) 氏名	男・女	本人との関係	年 月 日
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所[]		
	意見	《介護をしている上で困っていることなど》			
今後、施設への入居を円滑にすすめ、介護保険施策の参考にするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(市町村又は和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 年 月 日 本人又は介護者の氏名 印					

※ 要介護1・2の場合は特例入居の有無欄(1面)とその事由(2面)を記入してください

※ 保険者欄は、介護保険被保険者証に記載されている保険者の名称を記入してください

※ 「入居申し込みのご案内」に記載されている必要書類を添付してください

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に✓をつけてください

- 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みられる
- 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が頻繁にみられる
- 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

●該当する事由の具体的内容について記入してください

施設使用欄

特別養護老人ホーム愛の園入居調査票

ふりがな	
入居申込者(本人)氏名	

作成者	職種		所属	事業所	
	氏名			電話	

合計点数	点	←全ての点数を合計し①欄に記入してください		
		作成年月日	年	月 日

【本人の心身の状況】 ※ 該当する欄を○で囲み、得点を記入してください

		認知症高齢者の日常生活自立度						点	
		M	IV	III ab	II ab	I	自立		
要介護度	5	40	40	40	35	30	30		
	4	40	40	40	35	30	30		
	3	40	40	40	30	25	25		
	2	35	30	30	25	20	20		
	1	30	25	25	20	20	15		
日常生活の自立度	判定日	年 月 日		医療機関名		医師名			
				医師以外の判定 所属		氏名			
	障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
障害状況	重度の <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害								

※状況説明（身体や認知症などの状況について記入してください。上記障害状況の欄にチェックを付けた方は該当する障害者手帳・診断書の写しを必ず添付して下さい）

【在宅生活での介護者の状況】 ※ 該当する欄を○で囲み、①～④の合計点を記入してください

① 介護者の介護負担	重い	7		
	やや重い	5		
	軽い	3		
② 介護者の障がい、疾病、就業等で介護が困難	介護困難	7		
	やや困難	5		
	可能	3		
③ 介護者の介護状況及び実情	余裕がない	介護拒否	7	
	あまり余裕がない	消極的	5	
	余裕がうかがえる	やや消極的	3	
④ 介護協力者の介護状況及び実情	拒否的	なし	7	
	消極的	不十分	5	
	やや消極的	やや不十分	3	

※上記の点数は在宅生活の方を対象としています。入院中の方は退院後の在宅生活について記入して下さい。施設等に入居している場合は下記の点数とします。

14点 養護老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム 等

7点 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護療養型医療施設、認知症対応型グループホーム、介護付有料老人ホーム 等

【経済的な負担能力】

介護保険 負担限度額認定	1・2段階	7	
	3段階	5	
非該当または未申請		3	

【待機期間】

2年以上	5	
1～2年未満	3	
1年未満	1	

【地域性の配慮】

居住地	上富田町	5	
	西牟婁郡/田辺市	3	
	上記以外	1	

【居宅サービスの利用率】

居宅サービスの利用率	8割以上	35	
	6～8割未満	30	
	4～6割未満	25	
	2～4割未満	20	
	2割以下	15	

← 直近3ヶ月の居宅サービス利用
額合計を利用限度額で除して
算定してください

※病院・施設等に入院・入所中は25点とします。

※状況説明（現在利用している居宅サービスや、入院・入所の期間などの状況について記入してください）

【特記すべき事があれば記入してください】

【家族構成・ジェノグラム】

※家族構成について特記事項があれば記入
してください