（別紙様式）

入　居　申　込　書

○　本人（申込者）記入欄（本人又は申込者が御記入ください。）　　特別養護老人ホーム　灘　海　園

申込者連絡先	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		続柄	
	住　所	〒　　－		
	携帯電話	―　　―		
	電話番号	（　　）		

処理状況欄	申 込 日	年　月　日
	有効期間	年　月　まで
	受 付 日	年　月　日
	施設記入者名	㊞
	担当者名	

本人の状況	フ リ ガ ナ		性　別	男　・　女
	氏　名		住民登録	市・区・町・村
	現 住 所	〒　　－		
	生 年 月 日	大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		

○　施設記入欄（状況に応じて、施設の方で面接時に確認しながら記入します。）

本人の状況	介護保険	保　険　者		
		被保険者番号		
	要介護認定	□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５　□申請中		
		（認定期間）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
	健康保険	種　　別	記号・番号	
	年　金　等	種　　別		
	障害手帳等	□　有　　□　無 手帳の種類　　（障害名　　） （判定　　級（度）　　年　　月　　日）		
	介護の状況	□　在宅介護（　　年　　月から）　□　施設介護（　　年　　月入所）		
	現在利用している居宅介護サービス	□　訪問介護		回／月〔　　〕
		□　訪問入浴介護		回／月〔　　〕
		□　訪問看護		回／月〔　　〕
		□　訪問リハビリテーション		回／月〔　　〕
		□　居宅療養管理指導		回／月〔　　〕
		□　通所介護（デイサービス）		回／月〔　　〕
		□　通所リハビリテーション		回／月〔　　〕
		□　短期入所生活介護（ショートステイ）		回／月〔　　〕
		□　短期入所療養介護		回／月〔　　〕
		□　福祉用具の貸与・購入費支給		
		□　その他（　　）		

本人の状況	現在利用している施設サービス等		□　自宅で暮らしている
			□　養護老人ホーム　□　軽費老人ホーム　□　有料老人ホーム
			□　介護老人保健施設　□　介護療養型医療施設　□　病院　□　地域密着
			□　特別養護老人ホーム　□　認知症性高齢者グループホーム　□　その他
			施設名又は病院名
			入所又は入院期間　年　月　日～　（　年　箇月）
	身体の状況	食事	□　自　立　□　一部介助　□　全部介助 （食事の種類：□常食　□半粥　□全粥　□ミキサー）
		排泄	□　自　立　□　一部介助　□　全部介助 （おむつの使用：□なし　□昼夜　□夜のみ）
		入浴	□　自　立　□　一部介助　□　全部介助
		更衣	□　自　立　□　一部介助　□　全部介助
		移動	□　自　立　□　一部介助　□　全部介助 （歩行：□つかまり歩き　□杖使用　□車いす　□寝たきり）
		視力	□　普　通　□　やや悪い　□　人の動きがわかる程度
		聴力	□　普　通　□　やや悪い　□　大声が聞き取れる
		言語	□　普　通　□　聞き取りにくい　□　聞き取れない
	認知症・精神の症状		認知症性老人の日常生活自立度 □認知症なし　□ランクⅠ　□ランクⅡａ　□ランクⅡｂ　□ランクⅢａ □ランクⅢｂ　□ランクⅣ　□ランクM
			自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿
	医療的処置		□カテーテル　□経管栄養　□酸素療法 □インシュリン注射　□ストーマ（人工肛門）処置 □その他（　） 現在治療中の病名　＿＿＿＿＿＿＿＿ 受診している医療機関　＿＿＿＿＿＿＿＿ 【特記事項】 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿
	本人の入居意向		□入居を希望している　□迷っている　□自宅での生活を希望している □本人には知らせていない　□本人の意向が確認できない □その他（　）
	入居を希望する理由		□身寄りがないなど介護するものがいない □介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない □介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 □介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難 □介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい □施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難 □住居の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 □その他（　）

その他	主な介護者の状況	(フリガナ) 氏　　名		性別	男 女	生年月日	大・昭・平 年　　月　　日
		本人との関係	□配偶者　□子　□子の配偶者　□兄弟姉妹　□甥・姪 □その他（　　）				
		同居の別	□同居　□別居 ※別居の場合 住所：＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿＿＿＿＿				
		意　　見	（介護をしている上で困っていることなど）				
		他の親族・援助者等の有無	□子　□兄弟姉妹　□甥・姪　□親族以外の援助者あり □親族はあるが居所不明　□他の親族・援助者なし				
	入居希望時期	□今すぐ入居したい □　　年　　月頃までには入居したい					
	他施設への申込み状況	□当施設のみに申し込んでいる □他施設にも申し込んでいる（　　）					
	介護支援事業所の利用状況	事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：　（　　）					
		担当ケアマネジャー：					

備考	入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入居の判断において、特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。

○　申込及び申込有効期間の説明確認欄

私は、入居の申込に際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法、申込有効期間（申込日から3年間とします。それ以降は再申込みをお願いします）について、施設から説明を受けました。

令和　　年　　月　　日　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

○　個人情報提供同意欄

特別養護老人ホームの入居の円滑化に資するため、入居の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

注１　介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近３か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。
２　要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。
３　記入された内容について、保険者及び山口県以外の第三者に提供する場合は、予め同意を得た上で行います。

【特　例　入　居　に　つ　い　て】

【入居判定の対象者について】

・入居判定の対象となる方は、要介護３～５までの要介護者。

・居宅において日常生活を営むことが困難なであり、やむを得ない事由があることによる要介護１または２の方の特例的な施設への入居（特例入居）が認められた方。

【特例入居の対象者について】

① 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。

② 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。

③ 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。

④ 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

【申込に来られた方へ】

要介護１または２の方が入居するためには、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項目に印を付けてください。

□	認知症があり、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等が頻繁にみられる。
□	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。

特例入居に関して説明を受けました。

令和　　年　　月　　日　　氏名　　㊞