

入所申込みに際して

この度は「なぎみ苑」に入所申込みをいただき、たいへんありがとうございます。

当苑の入所申込みに必要な書類は、下記のとおりです。

原則、要介護度が3以上の方が対象となります。

1 なぎみ苑入所申込書(様式1)

(用紙は2枚あるので、記入例を参考に、もれの無いようご注意ください)

2 介護保険証の写し(有効期間に注意して下さい)

3 情報提供書

(病院や施設、在宅サービス等の利用において状況がわかるもの)

※ 記入に際して、ご不明なこと等があった場合には遠慮なくお問い合わせ頂くか、その箇所は空けてご持参下さい。

※ 入所申込み後に、本人の状態や住居環境等に変化がありましたら、なぎみ苑までご連絡下さい。
待機順位の変更を考慮いたします。

例) 要介護度が3から5になった

お世話をされている方の現状が変わり、介護が難しくなった等

※ 介護保険証の写しが必要です！

(様式1)

特別養護老人ホーム なぎみ苑 入所申込書 (1/2)

申込年月日		令和 年 月 日			
本人	フリガナ			大正・昭和	
	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()	
保険者名		(住所)		(電話番号)	
家族・申込者	フリガナ				
	氏名	続柄	備考		
	住所	郵便番号(-)	携帯番号	()	
			電話番号	()	
居宅介護 支援事業者	その他の連絡先	郵便番号(-)	電話番号	()	
	事業所名	事業者番号			
	所在地	郵便番号(-)	電話番号	()	
入院・入所先	フリガナ				
	担当者名	備考			
	施設名	施設種別			
他施設 申込 状況	所在地	郵便番号(-)	電話番号	()	
	フリガナ				
	担当者名	備考			
	施設名1	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
施設名2	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
施設名3	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

※記入もれがあると無効になる場合があります。ご注意ください！

なぎみ苑 入所申込書 (2/2)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない。	
		2. 介護する者がいない(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)	
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)	
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)	
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。	
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)	
		※ 上記を記入し、現在の家族構成及び、お世話をされている方の状況をご記入ください。 家族構成 お世話をされている方の現状	
入所者本人の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 現在の居住及び介護サービスの利用状況 該当する番号1つに○	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(救護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他 ()	
		2. 病院 (病院名 : _____ 入院 : 令和 年 月 から)	
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 / 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 / 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 / 療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無		
対象者本人の現状 (身体状態・住居環境等)			

なぎみ苑 入所申込書 (2/2)

介護認定	申請(更新・変更)中・ <input checked="" type="radio"/> 済	被保険者番号	3363123456	
要介護度	1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
介護者の状況 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない。 2. 介護する者がいない(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input checked="" type="radio"/> 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、 <input type="checkbox"/> 外 の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1~5に該当しない(介護を受ける状態ではない)			
	※ 上記を記入し、現在の家族構成及び、お世話をされている方の状況をご記入ください。 家族構成 家族: 岡山 花子(妻)、岡山 一郎(長男)、岡山 和子(長男の妻)、岡山 太郎(孫) (主として本人の世話をしているのは花子だが、食事等は長男の妻が用意している) お世話をされている方の現状 ・ 介護をする者はいるが、妻は82歳で要介護1、長男夫婦と孫は会社勤務のため十分な介護ができない。			
	入所者本人の状況 現在の居住及び介護サービスの利用状況 該当する番号1つに○	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(救護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他 ()		
		<input checked="" type="radio"/> 2. 病院 (病院名: 美作津山病院 入院: 令和 1 年 5 月から)		
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 / 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 / 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 / 療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス		
	特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) <input checked="" type="radio"/> 無		
対象者本人の現状 (身体状態・住居環境等)	身体を自由に動かすことができないため、衣服の着替え、身の回りのことは介助が必要である。意思表示はできるが、5~10分前のことは忘れてる。			

記入例