

特別養護老人ホームサンサリテ三田

お申込み案内

1、必要書類

- ① 特別養護老人ホーム 入所申込書
- ② 介護支援専門員等意見書
- ③ 認定調査票（基本調査）（写）＜ケアマネ又は市の介護保険課＞
- ④ 直近3カ月分のサービス利用票及び別表（写）＜在宅サービスご利用中の方＞
- ⑤ 介護保険被保険者証のコピー
- ⑥ 介護保険負担割合証のコピー
- ⑦ 介護保険負担限度額認定証のコピー＜お持ちの方＞

2、お申込みについて

※申込必要書類を当施設へと、郵送もしくは持参にてお申込み下さい。

※記入漏れ・書類の不備・不足等がございますと、こちらからご連絡させていただきます。

なお、すべての書類が揃いました時点でのお申込完了となりますので、ご了承の程、宜しく
お願い致します。

※要介護度変更・容体変化・介護状況変化等の際は必ずご連絡下さい（電話・FAX可）

※「介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル」（兵庫県策定）に従い、入居の緊急性
が高い方より入居決定となります。

申し込み順ではございませんので、ご理解の上お申込み頂きますようお願い致します。

※他の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ入居決定となった場合、また、事情により
キャンセルされる場合は必ず当施設へご連絡頂けますようお願い致します。

～お問い合わせは～

〒669-1527

兵庫県三田市中町16-3

TEL 079-556-5822

FAX 079-556-5820

特別養護老人ホームサンサリテ三田 担当まで

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム 施設長

様

入所申込者

Table with fields for name, gender, insurance, address, birth date, care level, and phone number.

【必要添付書類】

- ①介護支援専門員等意見書(様式2) ②認定調査票(基本調査)(写) ③直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

Table with fields for name, relationship, address, and phone number.

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

Main application form with sections for current status, reasons for application, special reasons, and contact information.

【記載例】

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日：平成〇〇年××月△△日

特別養護老人ホーム
施設長 様

入所申込者

ふりがな	ひょうご はなこ	性別	保険者	〇・〇	市
氏名	兵庫 花子	男 女	被保険者番号	0123456789	
生年月日	明・大(昭) 5年 3月 3日	要介護度	1・2・(3)・4・5		
認定有効期間	平成〇〇年△月×日～〇〇年×月△日	電話番号	078 (×××)××××		
現住所	〒650-0000 〇〇市△△町×丁目〇-〇 □□マンション101				

- 【必要添付書類】
 ① 介護支援専門員等意見書（様式2） ② 認定調査票（基本調査）（写）
 ③ 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名	兵庫 一郎	入所申込者との続柄	夫
住所	〒 現住所と同じ。 電話番号 ()		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。
 なお、入所のための特機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	平成 年 月 以降	申込予定： 〇 普通施設のみ ・ 他にも申込む ケ所（予定）				
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 <small>※ 「3」老健等施設や病院に入っている。に「✓」を入れた場合は下記についても記入してください。</small> ◇ 施設名又は病院名： ◇ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。					
入所希望理由 (要介護3～5の方 は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input checked="" type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） <input type="checkbox"/> 11 その他の理由（具体的にお書き下さい）					
特別入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
上 たる 介 護 者	ふりがな	ひょうご いらちう	性別	本人との関係	生年月日	男・大(昭) 3年 1月 1日
	氏名	兵庫 一郎	男 女	夫	電話番号	078 (×××)××××
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： 就業状況等 <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 有期 <input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()				
意見	【介護をしている中で困っている事等】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護を行うことができない。訪問介護サービスを受けているが、費用は私が負担している。私自身も高齢がら、これ以上自宅で介護することが困難になってきたので、施設で介護を受けたい。					
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、協議者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を協議者市町に報告することに同意します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏名 兵庫 一郎 印					

※1 「被保険者番号」「要介護度」「認定有効期間」：被保険者証の内容をご記入ください。

※2 「電話番号」：この入所申込に関し連絡を常にとることができる電話番号をご記入ください。

※3 必要添付書類の「介護支援専門員等意見書（様式2）」については、入所申し込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただいでください。
 なお、施設・病院に入所・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合には、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等に作成していただいでください。

※4 入所申込を本人ではなく家族等が行なう場合には、申込代理者の欄もご記入ください。

※5 「時期」：入所希望時期や申込予定施設の数をご記入ください。

※6 「現況」：該当するもの、いずれかひとつに“✓”を入れてください。

※7 施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名、ならびに入所・入院時期をご記入ください。

※8 「入所希望理由」：要介護3～5に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）

※9 「特例入所該当理由」：要介護1又は2に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）

※10 「主たる介護者」：主に介護を行なっている方についてご記入ください。

また、同居、別居のいずれかに“✓”を入れてください。
 施設や病院等に3ヶ月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3ヶ月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者をご記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合には空欄にしてください。
 養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。

※11 「意見」：家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。

※12 「同意書」：入所申込者、あるいは申込代理者が同意してください。（代筆の場合は、代筆者の氏名を併記してください。）

(4) 在宅生活に支障がある状況

- 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
- 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
- 施設や病院から退所(院)を求められている。
- 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。
- その他 ()

(5) 医療的処置の状況

- 経鼻経管栄養 胃ろう又は腸ろう 在宅酸素 インシュリン
- 人工肛門 カテーテル その他 ()

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

- 療育手帳の所持 あり なし
- 障害区分 A B 1 B 2

②精神障害

- 精神障害者保健福祉手帳の所持 あり なし
- 障害区分 1 級 2 級 3 級

(7) 特例入所の該当理由 (要介護1又は2と認定された入所申込者についてのみ記入)

- 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 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。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

[]