**指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム打田皆楽園）入所申込書**

申込者（連絡先） ※今後、この連絡先に連絡させていただきます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  | 氏名 | 印 |
| 受付日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  | 郵便番号 | － |
|  |  |  | 住所 |  |
|  |  |  | 電話 | （　　　　　　） |

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム皆楽園）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込先  （入所希望施設） | | **特別養護老人ホーム打田皆楽園** | | 保険者 | | | 市・区・町・村 | |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 本  人  の  状  況 | （フリガナ） |  | 性別 | 要介護度 | | | １　・　２　・　３　・　４　・　５ | |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 要介護  認定期間 | | | 令和　　　年　　　月　　　日から  令和　　　年　　　月　　　日まで | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | 担当介護支援  専門員氏名 | | | （所属） | |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | | | | |
| 現況 | □自宅で１人暮らししている　　□自宅で家族と暮らしている　　□特養などの施設や病院に入っている  ※「特養などの施設や病院等に入っている方」は以下を記入してください。  ◇施設名または病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◇所在地（市区町村名のみ）  ◇入所または入院時期：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。） | □介護者がいないため  □介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため  □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  □介護者の身体的・精神的負担が困難なため  □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、在宅生活が困難な為  □家庭等による深刻な環境や虐待等が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な為  □居住環境の事情により十分な介護が困難なため  □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  □介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 入所希望時期 | □今すぐ入所したい　　□令和　　　年　　　月頃までに入所したい | | | | | | |
| 医療の状況 | □経管栄養　　□胃ろう　　□在宅酸素　　□インスリン注射　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  【現在治療中の病気・特記事項等】 | | | | | | |
| 申込状況 | □当該施設のみ申し込む　　□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  ◇既に申し込んでいる他の施設名（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　）  ◇今後申し込む予定の他の施設名（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 主  た  る  介  護  者 | （フリガナ） | | | | 性別 | 本人との関係 | |  |
| 氏名 |  | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 同居の区分 | □同居している　　□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】※介護1・2の方は、特例入所要件について困難な事由を詳細に記載ください。 | | | | | | |
| 今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要（特例入所判断）に応じて行政機関（保険者である市町村、もしくは和歌山県）に報告することに異議なく同意します。  令和　　　年　　　月　　　日  本人または申込者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |

※「介護保険被保険者証（写）」、直近３か月分の「サービス利用票（写）」及び「サービス利用票別表（写）」を添付してください。

※本人が下記のいずれかに該当する場合、入所申込みできないことがあります。

・気管切開されている場合・人工透析をされている場合・その他、（特別な医療を必要とする場合）