

紹介番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム皆楽園）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
受付日	令和	年	月	日

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 印  
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。

本 人 の 状 況	申込先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム皆楽園	(フリガナ) 氏名	保険者																
	現住所	〒			被保険者番号															
	性別	男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5											
	担当介護支援専門員	(所属)	(氏名)			要介護認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日													
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 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」は以下を記入して下さい。 ◇ 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。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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であるため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 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、在宅生活が困難であるため。 <input type="checkbox"/> 家族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"/> 施設や病気等から退院を求められているが、自宅での生活が困難であるため。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の支給額を超えており、経済的負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい																		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 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 ( ) ( )																		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう（人数制限有） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> パルーン留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストーマ） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析（急変時に医療機関・主治医と連携が取れ容体が安定している場合に限る） <input type="checkbox"/> その他、現在治療中の病気 ( ) ※ 但し、頻度や状態によって、申し込みをお断りさせて頂く場合があります。 【下記のいずれかに該当する場合、入所申込みをお受けすることができません。】 <input type="checkbox"/> 鼻腔経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 結核（結核菌が排出されないで1年以上経過している場合は可） <input type="checkbox"/> MRSA（+1の場合は可） ※ 現時点で該当していなくても、入所前の健康診断書を提出していただいた時点で、該当する場合、お断りすることがあるのでご了承下さい。																		
	主 た る 介 護 者	(フリガナ) 氏名	本人との 関係	同居の 区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している。 (住所： )															
意見	【介護しているうえで困っていること等】 ※ 要介護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して下さい。																			
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）」を添付して下さい。

※ 直近の、血液検査の結果、服薬内容等、可能であれば添付して下さい。