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

**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頂きます。

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

　指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム打田皆楽園）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打田皆楽園** | | （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 | □　自宅で一人暮らしをしている。　□　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。） | * 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であるため。 * 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・精神的負担が大きいため。 * 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、在宅生活が困難であるため。 * 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。 * 居住環境の事情により、十分な介護が困難であるため。 * 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。 * 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。 * 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の状況 | * 胃ろう（人数制限有）　　　□　在宅酸素　　　　　　□　吸引　　　□　インスリン注射　 □　気管支喘息　　□　バルーン留置 * 人工肛門（ストーマ）　　 □　ペースメーカー　　　□　褥瘡 * 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）   □　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。】  □　鼻腔経管栄養　　　　　　　□　中心静脈栄養　　　　　　　□　気管切開管理  □　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）　□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 | | * 同居している　　□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。