

# 特別養護老人ホーム お申込み案内

## 1. 必要書類

- ① 特養入所申込書
- 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か月分のサービス利用表（写）及び別表（写）
- ⑤ 介護保険証のコピー
- ⑥ 介護保険負担限度額認定証のコピー〈お持ちの方のみ〉
- ⑦ 介護保険負担割合証のコピー

## 2. お申し込みについて

※申込必要書類を窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申込み下さい。  
施設見学にも是非お越しください。

※記入漏れ・書類の不備、不足がございますとお申込み完了とならない場合がございますのでご注意ください。

また、【介護上の悩み・困っていること】が入所判断に重要な要素となります。必ず、出来る限り詳しくご記入ください。

※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、入所の緊急性が高い方より入所決定となります。

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

※他の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ入所決定となった場合、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いただけますようお願い致します。

〒669-5365

兵庫県豊岡市日高町十戸455

特別養護老人ホームたじま荘

TEL 0796-44-1730

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 applicant information: ふりがな, 氏名, 性別, 保険者, 被保険者番号, 生年月日, 要介護度, 認定有効期間, 電話番号, 現住所.

【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 proxy information: 氏名, 住所, 入所申込者との続柄, 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: 時期, 現況, 入所希望理由, 特例入所該当理由, 主たる介護者, 同意書.

## 調 査 票

生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	自立・一部介助・全介助		
	食 事	主)普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)	介 助	自立・一部介助・全介助		
		副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助		
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助		
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要・不要			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	cm	体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精 神 状 態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他 )		
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認 知 症	無・有( )		
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問 題 行 動	無・有(徘徊・不潔行為・他 )		
健康状況	現 疾 患			病 歴		
	主 治 医			TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )				
	感 染 症	無・有( )	アレルギー	無・有( )		
	皮 膚 刺 激	普通・弱い	麻 痺	無・有( )		
	便 秘	無・有(服薬:無・有 )	こ げ づ け	無・有( )		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有 )	い び け	無・有( )		
	えん げ 下	異常なし・むせる・つめる	湿 疹	無・有( )		
入 れ 歯	無・有(上・下)	口 腔 保 清	要・不要( )			

### 事務処理欄

初回申込日：            年        月        日
今回受付日：令和        年        月        日
申込番号
受付者
受付方法：来所（家族・ケアマネ）・郵送
意思確認：令和        年        月        日



(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)

( )