

施設入所のお申し込みには

1. 指定介護老人福祉施設入所申込書
2. 介護保険被保険者証（写）
3. 入所についての介護支援専門員意見書（※1）
4. 直近3か月分の利用票・利用票別表（※2） が必要です

※1 3番については、担当の介護支援専門員へ依頼をお願い致します。

尚、病院等へ入院中の方は、担当のソーシャルワーカーの方へ依頼をお願い致します。

※2 4番については、病院等へ長期入院の方、施設入所の方は必要ありません。

お手数ですが、上記書類をご準備の上、入所のお申し込みをお願い致します。

ご不明な点がございましたら、担当までお電話ください。



〒858-0922

佐世保市鹿子前町904-1

TEL 0956-28-1181

介護老人福祉施設 白寿荘
担当 生活相談員まで

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

別紙1-2

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者				
(フリガナ)		性 別	被保険者番号	
氏 名	印	男・女	要 介 護 度	1 ・ 2
生 年 月 日	明 治	大 正	昭 和	要 介 護 認定有効期間
	年	月	日 ()歳	
現住所	〒 -			

◎ 入所申込者の状況	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町名のみ): _____ ◇入所又は入院時期: 令和 年 月 から入所・入院している
	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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みられる。 <input type="checkbox"/> 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。
	居宅において日常生活を営むことが困難な理由 <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	<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() () ()

◎ 主たる介護者			
(フリガナ)		性 別	本人との関係
氏 名		男	生 年 月 日
		女	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)		
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		

◎ 同意書	
今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 入所申込者 (印) 代 理 人 (印) </div>	

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規 更新

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒 : _____

住所: _____

氏名:	本人との関係	
電話番号:	() () () () () () () () () ()	
携帯電話番号:	() () () () () () () () () ()	

介護支援専門員等意見書

入所申込者氏名	
---------	--

1. 本人の状況

要介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5								
認知症による不適応行動	非常に多い		やや多い		少しあり				なし								
障害高齢者の日常生活自立度	自立	・	J1	・	J2	・	A1	・	A2	・	B1	・	B2	・	C1	・	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	・	I	・	Ⅱa	・	Ⅱb	・	Ⅲa	・	Ⅲb	・	Ⅳ	・	M		

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他()
介護者の年齢・続柄	歳 ・ 続柄()		
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
介護者が障害や疾病	有 ・ 無 ()		
介護者の就労	有 ・ 無 (職種等) 日 / 週 時間 / 日		
介護者の育児、 家族の病気	有 ・ 無 ()		
主たる介護者以外の 介護協力	有 ・ 無 (続柄 日 / 週程度) * 1日あたりの目安は、2時間程度以上又は、頻回以上とする。		

4. 他の要介護者による評価の調整

他の要介護者	有 ・ 無 (要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
--------	---------------------------------------

5. 入所についての介護支援専門員等の意見

事業所名	
記載者氏名	印