

(様式第1号)

小金井市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)

| | | | |
|---------|-------|------|---|
| 申込日・届出日 | 年 月 日 | 申込区分 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[] |
|---------|-------|------|---|

| | | | | |
|------------|-----|-------|-----|------|
| ホーム 使用欄 | 受付日 | 年 月 日 | 担当者 | 受付番号 |
|------------|-----|-------|-----|------|

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、入所申込書兼調査票を提出します。

施設長 様

申込者 (記入した者) について

| | | | | |
|---------------|-----------|----|----|-------------------------|
| 住 所 | 〒 _____ | | | |
| (フリガナ) 氏 名 | (_____) | 続柄 | 電話 | (自 宅) (勤務先) (携 帯) |

入所希望者本人について

| | | | | |
|------------------|------------------|--|----------------------------------|---|
| 入所希望者本人の 基本情報 | (フリガナ) 氏名 | (_____) | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 住 所 | 〒 _____ | | |
| | 介護保険被保険者番号 (10桁) | _____ | | |
| | 要介護認定 と認定期間 | 要介護度 [_____] | (認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 | |
| | 障害手帳等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 _____ 級・度) (障害名 交付日 _____ 年 月 日) | | |

| | | | |
|----------------|-----------------|---|---------|
| 入所希望者本人の 状況 | 現在利用している施設サービス等 | <input type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。⇒下欄にも記入してください。 | |
| | | 病院名・入所施設名 (所在地) | 期 間 |
| | | (_____ 市区町村) | 年 月 日頃~ |

| | |
|---------------|---|
| 認知症・ 精神の状況 | ◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにレ点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 (_____) |
|---------------|---|

| | | | |
|---------------|--|-----|--------|
| 現在受けている医療的な処置 | <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 _____ 回) ◆その他(感染症等) | | |
| | 中 現 の 在 病 治 気 療 | 病 名 | 飲んでいる薬 |
| | | | 期 間 |
| | | | 年 月~ |

| | |
|---|--|
| 家族や住居等の状況 | (ふりがな) 氏名 () 生年月日 (年齢) 年 月 日 (歳) |
| | 主に介護している者について 同居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒右欄にも記入 住所 〒 _____ 電話 (自宅) (勤務先) (携帯) |
| | 入所希望者との関係 (具体的に) |
| | 主に介護している者の状況 ◆下記の項目で該当するものにシ点チェックをお願いします (複数回答可)。 <input type="checkbox"/> 2親等以内 (配偶者・子・孫・兄弟姉妹・親・祖父母) の身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が遠方に住んでいる (移動に2時間以上かかり、往復と介護に一日を要する) または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が70歳以上の高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が未就学児の育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が週20時間以上の就業をしている。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。 ◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。 () |
| | 住まいについて 今の住まいは ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ⇒下欄にもご記入下さい。 自宅以外の場合は 戻る自宅が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない その他 ⇒ <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい |
| 介護をする上での住宅の問題点 <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ◆上記以外の問題点があればご記入ください。 () | |
| 他施設への申込状況 <input type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他に小金井市関連の介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に申し込んでいる。 (該当施設にマルをご記入ください) 桜町聖ヨハネホーム ・ つきみの園 ・ ぬく井の杜 ・ 本町けやきの杜 緑寿園 ・ 清雅苑 ・ ひのでホーム ・ 麦久保園 <input type="checkbox"/> その他に市外の介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に申し込んでいる。 ⇒ | |
| その他特別な事情等 | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 _____ 氏名 _____ 連絡先 電話 () _____ |

| | |
|------------------------|---|
| 情報提供に関する、入所希望者本人同意の確認欄 | 私は、入所申込みをした施設の長が、小金井市から私の「介護認定情報 (主治医意見書を除く) の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、市に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた市が、必要に応じ、介護保険事業所等への情報収集を行うことについても同意します。 年 月 日 本人署名 _____ 代筆者 (続柄 _____) 署名 _____ |
|------------------------|---|

小金井市介護老人福祉施設 特例入所申込書

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、特例入所申込書を提出します。

施設長 様

入所希望者本人について

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | |
| (フリガナ)氏名 | (_____) | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | |

【要介護1又は2の方のみ記載してください。】

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事情があることについて、下記のうち該当する番号に〇をつけて、どのようなことで困っているのかできるだけ具体的にご記入下さい。

1 認知症である者であって、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見られる。

[]

2 知的障害・精神疾患等を伴い、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が頻繁に見られる。

[]

3 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。

[]

4 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。

[]

5 上記1から4の他に、申し込みするにあたって、その他事情等ございましたら、記載してください。

[]

※ これは特例要件に該当する要介護1又は2の方が提出する申込書です。
※ 虚偽の報告をした場合には、入所申込・決定を取り消されることがあります。

小金井市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)

記入例

| | | | |
|---------|-----------|------|---|
| 申込日・届出日 | 令和●●年●月●日 | 申込区分 | <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> その他[再申込み] |
|---------|-----------|------|---|

| | | | | |
|------------|-----|-------|-----|------|
| ホーム 使用欄 | 受付日 | 年 月 日 | 担当者 | 受付番号 |
|------------|-----|-------|-----|------|

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、入所申込書兼調査票を提出します。

施設長 様

←複数の施設に申込むときは、空欄のまま他の全項目を記入してから、コピー後施設名を記入。

申込者 (記入した者) について

| | | | |
|--------------|---|----|--|
| 住所 | 〒160-0023 東京都新宿区西新宿×-×-× ●▲◆マンション80× | | |
| (フリガナ) 氏名 | (コガネイ ジロウ) 小金井 次郎 | 続柄 | 長男 電話 (自宅) 03-5321-xxxx (勤務先) 03-1235-xxxx (携帯) 090-5321-xxxx |

入所希望者本人について

| | | | | |
|--------------|------------------|--|---------------------------------|--|
| 入所希望者本人の基本情報 | (フリガナ) 氏名 | (コガネイ ハナコ) 小金井 花子 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 |
| | 住所 | 〒184-0004 小金井市本町×-×-× 電話 042 (383) xxxxx | | |
| | 介護保険被保険者番号 (10桁) | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | | |
| | 要介護認定と認定期間 | 要介護度 [4] | (認定期間) ●●年 4月 ×日 ~ ●●年 3月 ×日 | |
| | 障害手帳等 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 3級・度) (障害名 脳梗塞後遺症による右半身まひ 交付日 令和●●年 4月 ×日) | | |

| | | | | |
|------------|-----------------|---|--|--|
| 入所希望者本人の状況 | 現在利用している施設サービス等 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所 病院名・入所 | | |
| | 認知症・精神の状況 | ◆下記の項目で、いずれか <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有する <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 物取られ妄想が激しい。昼夜が逆転している。 | | |
| | 現在受けている医療的な処置 | <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 回) ◆その他(感染症等) | | |

自宅で生活しながら居宅サービスを利用されている方は、「直近1カ月のサービス利用票」と「別票」の写しを申込先施設に提出する必要があります。お手元がない場合は担当ケアマネジャーから取り寄せてください。

| 中の現在治療の病名 | 病名 | 飲んでいる薬 | 期間 |
|-----------|------|--------|------------------------|
| | 高血圧症 | 〇〇〇〇 | R〇年3月~ 年 月~ 年 月~ |

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| 家族や住居等の状況 | 主に介護している者について | (ふりがな) (コガネイ ジロウ) 氏名 小金井 次郎 | 生年月日 (年齢) 日 昭和●●年 7月 ××日 (5● 歳) |
| | 施設入所や長期入院等で「主に介護している者」がない場合は、病院入院の手続や面会等、要介護者に係る諸手続きを行っている方の状況をご記入ください。 | 同居の区 | 住所 〒 160 - 0023 東京都新宿区西新宿×-×-× ●▲◆マンション80× |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 ⇒右欄にも記入 | 電話 (自宅) 03-5321-XXXX (勤務先) 03-1235-XXXX 090-5321-XXXX |
| | | 長男 チェックをお願いします(複数回答可)。 (兄弟姉妹・親・祖父母)の身寄りも介護者も全くい (移動に2時間以上かかり、往復と介護に一日を要 | |
| | 主に介護している者の状況 | する)または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が70歳以上の高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input checked="" type="checkbox"/> 主な介護者が未就学児の育児中または複数の被介護者がいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 主な介護者が週20時間以上の就業をしている。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。 ◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。 () | |
| 住まいについて | 今の住まいは ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ⇒下欄にもご記入下さい。 自宅以外の場合は 戻る自宅が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない その他 ⇒ <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい | | |
| 介護をする上での住宅の問題点 | <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input checked="" type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ◆上記以外の問題点があればご記入ください。 () | | |
| 他施設への申込状況 | <input checked="" type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 他に小金井市関連の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいる。 (該当施設にマルをご記入ください) <input checked="" type="checkbox"/> 桜町聖ヨハネホーム ・ つきみの園 <input type="checkbox"/> 緑寿園 ・ 清雅苑 ・ ひのでホーム <input type="checkbox"/> その他に市外の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいる ⇒ | | |
| その他特別な事情等 | 長期入院等で、申込み時間わっているケアマネジャーがいない場合は、記入不要です。 | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | 氏名 | 連絡先 電話 () |

| | | |
|------------------------|--|-------------------------------------|
| 情報提供に関する、入所希望者本人同意の確認欄 | 私は、入所申込みをした施設の長が、小金井市から私の「介護認定情報(主治医意見書を除く)の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、市に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた市が、必要に応じ、介護保険事業所等への情報収集を行うことについても同意します。 | |
| | 令和●●年 10月 ×日 本人署名 小金井 花子 代筆者(続柄 長男)署名 小金井 次郎 | 捺印は不要です。本人署名が難しい場合は、必ず代筆者署名をお願いします。 |

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、特例入所申込書を提出します。

施設長 様

←複数の施設に申込むときは、空欄のまま他の全項目を記入してから、コピー後施設名を記入。

入所希望者本人について

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | 〒 184 - 0004 小金井市 本町 ×-×-× | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) 氏名 | (コガネイ シロウ) 小金井 次郎 | 介護保険 被保険者番号 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

【要介護1又は2の方のみ記載してください。】

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事情があることについて、下記のうち該当する番号に○をつけて、どのようなことで困っているのかできるだけ具体的に記入下さい。

- 1 認知症である者であって、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見られる。

〇〇病院で認知症の診断を受けており、家族の目がないと一人で出かけてしまう。警察にお世話になったことも今までに3回ほどある。家族は四六時中目を離せない状況で、介護者の疲れも限界に来ている。着替えや食事も一人ではできず、介護者がすべて準備・介助している。
- 2 知的障害・精神疾患等を伴い、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が頻繁に見られる。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 上記1から4の他に、申し込みするにあたって、その他事情等ございましたら、記載してください。

主たる介護者である長女はフルタイムで就労している。家庭での生活を継続することは困難なため、特養の入所申込をしたい。

※ これは特例要件に該当する要介護1又は2の方が提出する申込書です。
 ※ 虚偽の報告をした場合には、入所申込・決定を取り消されることがあります。