

社会福祉法人光風会
富山県老人福祉施設協議会
富山県・介護保険組合・富山市

特別養護老人ホーム入所申し込みについて

当施設が加盟しております富山県老人福祉協議会におきましては、富山県、介護保険組合及び市町村と共同で、県下統一の「富山県特別養護老人ホーム入所指針」を策定しております。

この指針は、特別養護老人ホームの入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性及び公平性を確保するとともに、入所の必要性の高い人が円滑に入所できるようにすることを目的としております。

このため、当施設では、この指針の定めにより円滑な入所を図ってまいりたいと考えております。申し込みにあたりましては、ご本人及びご家族等の状況について面接調査をさせていただきたいので、入所申込書に必要事項をご記入いただくとともに、事前に電話で来所日時を当施設担当者でご相談の上、来所いただきますよう、よろしく願いいたします。

来所の際に、ご持参いただきたいもの

- ① 入所申込書
- ② 介護保険被保険者証
- ③ 障害者手帳（該当者のみ）
- ④ 介護保険料納入通知書(あれば)
- ⑤ 過去3ヵ月の居宅サービス利用票及び領収証

※居宅サービスとは、次のようなサービスです。

訪問介護、訪問入浴サービス、
訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、短期入所生活介護
短期入所療養介護、福祉用具貸与など

- ⑥ 介護支援専門員意見書
- ⑦ 印鑑

問い合わせ先

TEL：076-429-7474（代表） にながわ光風苑
：076-411-8133（代表） くまの光風苑
：076-464-3133（代表） 堀川南光風苑
：076-424-7005（代表） ながれすぎ光風苑

(様式例1)

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

施設長 様

受付日	年	月	日
-----	---	---	---

特別養護老人ホームに入所を申込みます。

本人の状況	フリガナ		生年月日	明大昭	年	月	日	歳	
	氏名								
	住所	〒							
	申込者	(続柄:)					TEL:		
	住所								
	今後の連絡先 <small>*申込者と同じ場合は記載不要</small>	氏名						TEL:	
		住所							
	被保険者番号						身体障害者手帳等の有無	有・無 ()	
	要介護度	1	2	3	4	5			
	現況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 5 その他 ()							
入所申込理由 <small>(該当するものすべてを選んでください。)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 【現在受診している病院・診療所名及び科名】 []								
他施設等申込状況	有・無	有の場合施設名をご記入ください。							
		1	2	3	4				
主たる介護者	フリガナ		生年月日	本人との続柄	同居の区分				
	氏名				同居・別居				
	身体障害者手帳等の有無	有・無 ()		要介護認定の有無	有・無 支援1・支援2・1・2・3・4・5				
同居家族構成	氏名	続柄	摘要	氏名	続柄	摘要			
説明・同意	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日 申込者氏名 印								

主たる介護者の意見	「家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。
-----------	------------------------------------

【要介護1又は要介護2の方の申込みの場合は、下記についても記入してください】

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のやむを得ない事由（下記ア～エ）のうち、該当する項目にチェックのうえ、具体的な状況を記入してください。

- ア 認知症であって、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。
- イ 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見られる
- ウ 家族等から深刻な虐待を受けていること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- エ 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。

具体的な状況

特別養護老人ホーム入所申込書について、富山県又は市町村から求められた場合や富山県又は市町村に報告する必要がある場合には、提出することに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 印 _____

※ 記載方法については、別紙を参考ください。

※ 記載について

「申込者」： 本人又は本人を代理する家族等になります。

「今後の連絡先」： 本人又は本人を代理する家族などで確実に連絡が取れる方。

「被保険者番号」： 介護保険被保険者証の被保険者番号を記入ください。

「要介護度」： 〃 の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。

「障害者手帳の有無」： 有・無を○で囲んでください。有の場合、身体・精神の該当する方を○で囲んでください。

「現況」： 該当する番号を○で囲んでください。
施設又は病院等に入所（院）中の場合は施設名又は病院名を記入ください。

「入所申込の理由」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）。

「医療の状況」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）。

「他施設等申込状態」： 有・無を○で囲んでください。
有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。

「主たる介護者」： 主に介護を行っている方について記入ください。
また、同居、別居のいずれかを○で囲んでください。
施設、病院に入所（入院）中の方は入所（入院）前の主たる介護者を記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合は氏名欄に「介護者なし」と記入ください。

「同居家族構成」： 摘要欄に、就業、大学生、高校生、中学生、小学生、就学前等と記入ください。

「説明・同意」： 申込者は施設より入所について、説明を受け、同意してください。

* 申込みは状況等をお聞きしますので、ご家族等が直接施設の窓口提出してください。その際には日時を下記の担当者に事前にお電話でご予約願います。

申込書及び介護支援専門員の意見書は、各々の施設で必要ですので、お手数ですがご準備願います。

● 担当者(生活相談員)

にながわ光風苑 向 井 0 7 6 - 4 2 9 - 7 4 7 4

くまの光風苑 佐 伯 0 7 6 - 4 1 1 - 8 1 3 3

堀川南光風苑 廣 田 0 7 6 - 4 6 4 - 3 1 3 3

ながれすぎ光風苑 柳 田 0 7 6 - 4 2 4 - 7 0 0 5

● 添付書類

介護保険被保険者証・印鑑・介護支援専門員の意見書
障害者手帳・介護保険料納付通知書・・・ある場合のみ

入所申込者 氏名		所属事業所名	TEL
入所申込者 住所	TEL	介護支援専門 員等氏名	印

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 本人の状態

- ア 要介護度： 要介護度 1・2・3・4・5
- イ 認知症の有無： 認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- ウ 行動障害等の有無： 有（内容： ） ・ 無
- エ その他（ ）

2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

- ア 在宅サービスの利用状況（直近1カ月の在宅サービス利用状況）
〔 〕
- イ その他（居所での状況ADL等）
〔 〕

3 家族・介護者等の状況

- ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）
〔 〕
- イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）
〔 〕
- ウ 主介護者以外の家族等の協力状況
〔 〕
- エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）
〔 〕
- オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況等の特記事項）
〔 〕

4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

- 現在の状況で継続可能
- 在宅サービスの追加等で継続可能
- 在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。