

福寿会 指定介護老人福祉施設 入居申込書
申込者（連絡先）

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

特例入居の事由	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

〒	:	—
住所:		
氏名:		
電話:	()

申込先 (入居希望施設)		<input type="checkbox"/> 福寿園	<input type="checkbox"/> 鶴来ふくまるハウス (白山市在住の方のみ)	保険者	
		<input type="checkbox"/> 松美苑	<input type="checkbox"/> 松美苑サテライト (白山市在住の方のみ)		
入居希望者の状況	(フリガナ)			性 別	被保険者番号
	氏 名			男・女	要介護度
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	現住所	〒 — TEL ()			
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <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 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: ◇所在地(市町村名) ◇入居又は入院期間: 年 月 日から入居・入院している			
	介護者の状況	<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」、「複数の人を介護」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ことから、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。			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 医療機関名 医療機関所在地 TEL ()			
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。			
申込状況	<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				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: 〒 — TEL —)			
	意 見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和 年 月 日 氏 名:				

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。
※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。
※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

(裏 面)

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に印を付けて下さい。

- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

介護支援専門員意見書

記入日令和年 月 日

入所希望者	フリガナ		男・女	〒 連絡先
	氏 名			
	明・大・昭 年 月 日 () 歳			

上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。

介護支援専門員氏名

居宅介護支援事業所名

居宅介護支援事業所所在地

TEL

FAX

1 本人の状態

要 介 護 度	要介護 1 2 3 4 5				
認知症高齢者の日常生活自立度 (※特列入所の場合のみ記入)	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M				
知的障害・精神障害等の程度 (※特列入所の場合のみ記入)	有・無	有 の 場 合	療育手帳____級・身体障害者手帳____級 精神障害保健福祉手帳____級 その他 ()		

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 家族・介護者等の状況

世 帯 の 状 況	独居	高齢者世帯	その他
介護者の年齢・続柄			
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無・有 (介護困難 多少介護 介護可能)		
介護者の就労	無・有 (職種等 日/週、 時間/日)		
他の要介護者	無・有 (要支援、 要介護 1 2 3 4 5)		
介護者の育児、病気の家族の看病	無・有 (常時 半日 臨時)		
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的 ふつう
他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり
別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり
近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり

【本人の心身の状況及び生活の状況】

【家族・介護者等の状況】

【在宅生活継続の可能性】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方（病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載して下さい。
但し、他の適当な方がいない場合は不要です。