

特別養護老人ホームやまとの里、特別養護老人ホーム暢寿園 入所のお申込みにあたって

この度は、当施設に入所のお申し込みをいただきまして、ありがとうございます。
お申し込みにあたりまして、下記のとおり、書類が必要になります。

< 必 要 書 類 >

① 入所申込書

→ ご記入にあたり、記載要領がございますので、ご覧の上、ご記入ください。

② 介護保険被保険者証の写し

→ お手持ちの介護保険被保険者証のコピーをご用意ください。

③ 認定調査票の写し

→ 要介護認定を受けた際の認定調査の調査書類です。

※ 住所地の介護保険窓口（市町村役所）に依頼してください。

千歳市が住所地の方は下記書類をご持参の上、千歳市の介護保険窓口にご依頼ください。

1. 要介護認定を受けている方（入所希望者）のご印鑑

2. 窓口に行かれる方のご印鑑

3. 窓口に行かれる方の身分証明書（運転免許証、健康保険被保険者証など）

【問い合わせ先】

特別養護老人ホームやまとの里
〒066-0066
千歳市大和4丁目2番1号
TEL：0123-23-1228
担当者：今成 光

特別養護老人ホーム暢寿園
〒066-0034
千歳市富丘2丁目7番5号
TEL：0123-24-7922
担当者：竹谷 真美

【個人情報の取扱いについて】

社会福祉法人千歳福祉会では、入所の申込み、サービス提供等にあたって知り得た個人情報を適切に取り扱うことを、介護サービスに携わる重大な責務と考え、当法人が保有する個人情報に関し、適切に取り扱うよう努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために自主的なルール及び体制を擁立し、個人情報に関連する法令、その他の関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。



特別養護老人ホーム

やまとの里
 暢寿園

入所申込書

申込日	平成 28 年 4 月 1 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

申込まれる施設に☑

特別養護老人ホーム

やまと
 暢寿

記載要領

申込日のみ記載

携帯電話等で連絡がとれやすい番号

特別養護老人ホームに入所を希望したいので下記のとおり申し込みます。

1. 申込者（ご家族、他連絡先）今後、入所のご案内等はこの連絡先に致します。

連絡先	住所	〒 066 - 0066 千歳市大和4丁目2番1号		
	フリガナ	ヤマト タロウ	続柄	電話番号
	氏名	大和 太郎	長男	090-0000-0000
	生年月日	昭和 30 年 10 月 10 日	同居の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別

2. ご入所希望者の介護保険情報（入所希望者の方の介護保険被保険者証に記載されています。）

フリガナ	トミオカ イチロウ	性別	生年月日		
入所希望者氏名	富丘 一郎	男	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	10 年 10 月 10 日	
住所	千歳市大和4丁目2番1号		TEL	0123 - 23 - 1228	
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9	要介護度	要介護 5	保険者	千歳市
介護認定有効期間	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 28 年 3 月 31 日				
要介護1又は要介護2の方は該当する欄に☑してください。 ※ 下記要件のいずれか一つに該当しなければご入所することができません。					
<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態					
<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見られ、在宅生活が困難な状態					
<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態					
<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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態					
要介護3～要介護5の方は該当する欄に☑してください。					
<input type="checkbox"/> 介護者がいない（独居生活）		<input type="checkbox"/> 介護者はいるが障害や疾病があり介護が困難		<input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢等のため介護が困難	
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが就労等で十分な介護が困難		<input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが、育児や他の家族の介護や看病のため十分な介護が困難			
<input type="checkbox"/> その他 【					

該当する方のみ☑

3. 入所希望者の状況

該当する箇所に☑

現 状	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している。 ※ 施設や病院で生活されている場合 → 施設(病院)名 ()
申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる。(今後申込み予定) 既に申込みしている施設名 (特別養護老人ホーム暢寿園) 今後申込み予定の施設名 ()
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所の希望 平成 27 年 8 月 1 日 頃までに入所したい。
家 族 構 成	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居
介護者の有無	<input type="checkbox"/> 必要時に協力してくれる人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 60～74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上(介護者不在)
介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input checked="" type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者も要介護者(介護者はいない)
介護可能時間	<input checked="" type="checkbox"/> 介護するのに十分な時間がある。 <input type="checkbox"/> 一部不在な時間がある <input type="checkbox"/> 介護する時間がほとんど取れない。(介護者はいない)
要 介 護 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 十分な介護をすることができず、最低限のかかわりのみ(介護者はいない)

4. 生活・サービス利用状況

担当の介護支援専門員等にご確認ください。

待機状態	<input type="checkbox"/> 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがない <input type="checkbox"/> 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがある <input type="checkbox"/> 期間制限なし <input type="checkbox"/> 6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月未満 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅など
在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> 施設、病院に入所（院） <input type="checkbox"/> 限度額の40%未満 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額の40～60%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の60～80%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の80%以上
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 施設、病院に入所（院） <input type="checkbox"/> 十分利用している <input checked="" type="checkbox"/> まあまあ利用している <input type="checkbox"/> 一部、抑制している <input type="checkbox"/> ほとんど利用していない
介護保険負担段階	<input checked="" type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階（生活保護受給）
介護保険負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 第4段階にチェックしている場合→ <input checked="" type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担
住居	<input type="checkbox"/> 施設、病院に入所（院） <input type="checkbox"/> 快適な生活ができる住居 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題あり <input checked="" type="checkbox"/> かなり居住性に問題あり <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない

5. 医療の状況 **現在内服薬等を服用し、治療している病気や怪我**

かかりつけ病院 ①	医療機関名 (千歳第一病院)	所得段階	所得段階を判断する基準												
かかりつけ病院 ②	医療機関名 ()	第1段階	市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者 生活保護受給者												
現在治療中の病名	高血圧症、脳梗塞後遺症	第2段階	市町村民税世帯非課税であって、 年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の方												
現在の医療処置等	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル	第3段階	市町村民税世帯非課税であって、 利用者負担第2段階以外の方												
既往・現病歴	<table border="1"> <thead> <tr> <th>発症年月日</th> <th>病名</th> <th>病院名・処置・入院期間など</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 25 年 4 月 1 日</td> <td>脳梗塞</td> <td>市立千歳市民病院</td> </tr> <tr> <td>平成 26 年 3 月 31 日</td> <td>右大腿骨頸部骨折</td> <td>北星病院</td> </tr> <tr> <td>平成 27 年 1 月 10 日</td> <td>脳梗塞再発</td> <td>千歳豊友会病院</td> </tr> </tbody> </table>	発症年月日	病名	病院名・処置・入院期間など	平成 25 年 4 月 1 日	脳梗塞	市立千歳市民病院	平成 26 年 3 月 31 日	右大腿骨頸部骨折	北星病院	平成 27 年 1 月 10 日	脳梗塞再発	千歳豊友会病院	第4段階	上記以外の方 (市町村民税課税世帯)
発症年月日	病名	病院名・処置・入院期間など													
平成 25 年 4 月 1 日	脳梗塞	市立千歳市民病院													
平成 26 年 3 月 31 日	右大腿骨頸部骨折	北星病院													
平成 27 年 1 月 10 日	脳梗塞再発	千歳豊友会病院													

6. 経済状況について

現在治っているが、過去に入院などで治療した病気や怪我

収入種別	<input checked="" type="checkbox"/> 年金 (種類 : 国民年金) 金額 1ヶ月当たり 50,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> その他の収入 (貸しアパートの家賃収入 150,000万円/月)
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1種1級) 交付日 平成 25 年 6 月 1 日
障害名	脳梗塞後遺症による、右上下肢機能の全廃 収入の金額は、おおよそで構いません。

7. 家族の状況 (申込者以外でご協力いただける方)

差支えない範囲でご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	同居の有無	備考
千歳 花子	長女	昭和 32 年 10 月 10 日	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	岩手県在住 (年に3回程度来千)
大和 大輔	次男	昭和 35 年 4 月 1 日	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	市内在住だが多忙で連絡がつきにくい
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	

8. 担当ケアマネージャー、入院中の場合は、担当ソーシャルワーカー

居宅介護支援事業所名	ケアマネージャー氏名	連絡先
やまとの里居宅介護支援事業所	介護 五郎	0123-27-7503

【特別養護老人ホームやまとの里又は特別養護老人ホーム暢寿園お申込みに関わる個人情報取り扱いの同意について】

私は、特別養護老人ホームやまとの里又は暢寿園の入所申込に当たり、下記の利用目的の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

- ①医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、保険者その他社会福祉団体等の連絡調整
- ②施設内で開催される第三者が出席する入所判定委員会
- ③その他、入所判定に伴い必要な場合

入所希望者氏名	印	代筆者氏名 (代筆した場合)	印	申込者氏名	印
---------	---	-------------------	---	-------	---