

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

社会福祉法人 松川会
特別養護老人ホーム チェリーヒルズ北本 殿

【申込者】

住所	〒		
ふりがな 氏名			本人との関係
電話番号	自宅	()	
	携帯	()	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	ふりがな氏名		性別	保険者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒	介護認定 期間	令和	年 月 日から
		電話番号 ()		令和	年 月 日まで
	現在利用している在宅サービスの状況(※2)	1 訪問介護	()	6 通所リハビリテーション	()
		2 訪問入浴介護	()	7 短期入所生活介護	()
		3 訪問看護	()	8 短期入所療養介護	()
		4 訪問リハビリテーション	()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給	()
		5 通所介護	()	10 その他	()
		()		()	
		()		()	
	認知症による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし			
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
優先入所を希望する理由(※3)	1 介護者がいないため () 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7 その他 ()				

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介護 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)			
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
			同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)		
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間	年 月 日				
主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況	主たる介護者の健康状態				
有 (常勤・パート)	有 (人 歳)	良好・不良 ()				
無	無	主たる介護者の家族の健康状態 良好・不良 ()				
その 他	優先入所を 希望する時期	1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までには入所したい。				
	申込みの状況	1 当該施設のみ申し込み 2 他の施設に申し込んでいる 所有地: 施設名:				
	待機期間	年 月 日				
	居宅において 日常生活を行うことが 困難であることについての やむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)					
説明 確認	私は、優先入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について 施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名:					

- ※1 認定調査票(写)、被保険者証(写)、サービス利用票(写)を添付してください。
- ※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。
- ※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込み取り下げ書」を提出してください。
- ※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その3)

入所希望者等の状況 (該当する項目に○または☑を記入してください。)

認知症による行動障害 あり ・ なし (ありの方は右欄に記入してください)	1. 徘徊 2. 大声や奇声 3. 不潔行為 4. 暴力や自傷行為 5. 異食 上記の頻度や行為等を具体的に記入してください。 () 6. その他(その他に○をつけた方は必ず記入して下さい。) () ※認知症のある方の身体の状況は(☐寝たきりになっている ☐寝たきりではない)
本人の入所の意向	☐入所を希望 ☐迷っている ☐拒否している ☐知らせていない ☐認知力低下により理解困難
優先入所を希望する時期	☐6ヶ月以内 ☐1年以内 ☐1年以上先 ☐その他
現在のお住まいについて (どれか一つに○を付けて下さい)	1. 自宅(持家・借家) 2. 病院 3. 老人保健施設 4. グループホーム 5. 介護療養型医療施設 6. 特別養護老人ホーム 7. 養護老人ホーム 8. その他 () ※施設名または病院名 () 入所・入院時期 (年 月～) ※退院退所後に戻る自宅が (☐ ある ☐ ない)
本人の住所地	1. 北本市内 2. 埼玉県内 3. 県外
経済状況	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. その他 () 月々の収入 およそ()円

本人の状況

(既往歴) 病名、時期等を詳しく記入してください。
その他身体状況や健康状態に関する特記事項 (歩行、食事、排泄の状況等)
身障手帳 なし ・ あり (種別 ・ 等級)

同居家族の状況		近親者の状況									
氏名		<table border="0"> <tr> <td>兄妹姉妹</td> <td>子</td> <td>孫</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	兄妹姉妹	子	孫	本人			配偶者		
兄妹姉妹	子		孫								
本人											
配偶者											
生年月日	年 月 日 続柄										
氏名											
生年月日	年 月 日 続柄										
氏名											
生年月日	年 月 日 続柄										
氏名											
生年月日	年 月 日 続柄										
氏名											
生年月日	年 月 日 続柄										