

# 特別養護老人ホーム沖縄一条園入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者（連絡先）

※ 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	-
住所：	
氏名：	（続柄： ）
電話： （ ）	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申込先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 沖縄一条園	保険者 (介護保険担当)		生保受給 有・無	担当市町村
(フリガナ)		被保険者番号			
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 ( ) 歳	
現住所	〒				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間)                  年                  月                  日 ~                  年                  月                  日				
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
入所希望者の状況	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院等に入っている [施設や病院等に入っている方] は記入して下さい。 ○施設名又は病院名： _____                  ○所在地（市町村のみ） _____ ○入所または入院時期： 令和          年                  月から入所・入院している			
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい。)	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 介護をする者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <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なため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和          年                  月頃までに入所したい				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 【現在治療中の病気・特記事項等】				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設も申込み予定				
短期入所希望	施設のベッドに空きがある場合、短期入所の連絡を差し上げても良いですか <input type="checkbox"/> 連絡しても良い <input type="checkbox"/> 短期入所は利用しない				

※氏名・生年月日・被保険者番号・要介護認定・保険者等を確認の為、被保険者証のコピーを頂いております。

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	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： )			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】			

**【要介護1、2の入所申込みの方へ】**

<p>要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入所するには、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由があると認められることが必要です。下記の項目に該当することがあれば、<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p><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る。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p><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不十分である。</p> <p><input type="checkbox"/>上記項目には該当しない。</p>			
その他	<p>【本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください】</p>		
●申込者本人以外の者が上記を記載した場合は氏名の記入をお願いします。			
(フリガナ) 氏名		本人との関係	

同意確認欄	<p>入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。</p> <p>入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。</p> <p>申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。</p>		
	入所希望者氏名		印
	申込者氏名		印

お願い	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護の状況など、本入所申込書に記載した事項等に変更等があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
-----	--