特別養護老人ホーム遠州の園　　入所申込書

ユニット型	
多床室	
どちらか早い方	

施設長　様

※施設記入欄

初回申込日	令和　　年　　月　　日

1　入所申込者の状況

(フリガナ) 氏　　名			性　別 男・女	生　年　月　日 明・大・昭　　年　月　日(　　歳)
住　　所	〒（　　－　　） TEL			
介護保険	保険者名	市（区） 町・村	被保険者番号	
要介護度	申請中　　要介護度１　　要介護度２　　要介護度３　　要介護度４　　要介護度５			
入所を希望する時期	１．すぐにでも入所したい　　２．６か月以内には入所したい ３．将来的には入所をしたい			

認知症の状況	有　・　無	認知症日常生活自立度	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M
認知症の具体的症状			

知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。
現在の状況	１．自宅で生活 ２．介護保険施設等（住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む）に入所 退所予定の有無　　有　・　無　　（有の場合は、退所予定時期　　）

家族、身元引受人等の連絡先　　*介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏　　名		続　柄	介護者
住　　所	〒（　　－　　） TEL		

(フリガナ) 氏　　名		続　柄	介護者
住　　所	〒（　　－　　） TEL		

入所申込書の有効期間は２年です。２年を経過する前に再度の申込み手続きをされないと申込者名簿より名前が削除されますので、ご注意ください。

お問い合わせ先は、℡(0538)38-2145　遠州の園　生活相談員までお願いします。

(裏面も記入してください。)

2　介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で､該当する項目１つに○をつけて、必要事項を記入してください	1．ひとり暮らしで、介護者がいない
	2．介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 （要介護状態区分：（　　）病気療養中：(病名等　　）障害の等級等：（　　） 介護が困難な状況：）
	3．介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 （要支援状態区分：(1　・　2　・　事業対象者　)　年齢：(　　歳) 介護が困難な状況：）
	4．ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔介護が困難な状況：　　〕
	5．複数人を介護しているため、介護が困難 〔申込者以外の介護の状況：　　〕
	6．介護者が就労しているため、介護が困難 〔就労の状況　　(週　　回)　　(１日当たり　　時間)　　(夜勤：有・無)　　〕
	7．介護者が育児をしているため、介護が困難 〔育児の状況　　(育児の対象　　歳児)　育児の頻度：　常時　　半日程度　　臨時的　　〕
	8．上記以外の状態で介護が困難 〔介護が困難な状況：　　〕

3　施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目１つに○をつけてください	1．養護老人ホーム、経費老人ホーム、 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の 福祉施設（介護付きの施設は２へ）　　(施設名　　)
	2．特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、 介護療養型医療施設、グループホーム、 １のうち介護付きの施設、病院　　(施設名　　)

4　その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

※ヤングケアラーが主たる介護者である場合は、ヤングケアラーの状況(介護の期間、１日の介護時間、就学・就労への影響等)をできるだけ詳細に記載してください。

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名	
主　　治　　医	氏名		病医院名	

※入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。