

# 入所申込書

【申込者(連絡先)】※今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

住所	〒				
氏名	続柄( )				
電話					

※特例入所の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

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) ※複数選択可	施設名	希望順	保険者 (介護保険証に記載されている市町村名)	
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 田鶴苑 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 愛宕苑 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ありだ橋苑 <input type="checkbox"/> ケアハウス 愛宕苑 <input type="checkbox"/> グループホーム 愛宕苑			
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男 女	要介護度 (該当に○)	要支援2 1 2 3 4 5 (グループホームのみ対象)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている ↳ 施設/病院名 : _____ ↳ 入所(入院)時期: 平成 年 月頃から入所(入院)している			
本人の 状況	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"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢・障害・疾病等のために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・精神的負担があるため <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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <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"/> 平成 年 月頃までに入所したい			
	医療の状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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】			
	障害の区分 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害			
申込状況	<input type="checkbox"/> 田鶴苑のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる。又は、今後申し込む予定である ↳ すでに申し込んでいる施設名 ( ) ( ) ( ) ↳ 今後申し込む予定の施設名 ( ) ( ) ( )			
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	明治・大正・昭和 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など】			

今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関へ(保険者である市町村、もしくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。

平成 年 月 日

本人又は介護者氏名:

印

※「特例入所の事由の有・無」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。

**特例入所の要件に該当する事由について**

● 該当する事由に印を付けてください。

- 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みられる。
- 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みられる。
- 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入してください。

● 備考

# 入所申込 重要事項説明書

## 1. 入所対象者

☆特別養護老人ホーム田鶴苑・愛宕苑・ありだ橘苑の場合

要介護3～要介護5の認定を受けた方で常時介護を必要とし、かつ居宅で継続した介護を受けることが困難な方が対象となります。要介護1または2の認定を受けた方は、やむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難であると、市町村が認めた場合のみ対象となります。

☆ケアハウス愛宕苑の場合

要介護1～要介護5の認定を受けた方で常時介護を必要とし、かつ居宅で継続した介護を受けることが困難な方が対象となります。

☆グループホーム愛宕苑の場合

- ・入所の対象となるのは、要支援2～要介護5までと認定された方。
- ・医師に認知症と診断された方。
- ・共同生活が可能な方。

## 2. 入所の申し込み方法

以下の書類をご提出ください。尚、グループホーム愛宕苑へ入所を希望される方のみ、お申し込みの段階で(オ)の書類も必要となりますのでご注意ください。

### (ア)入所申込書

本人または家族がご記入ください。

### (イ)入所調査票(別紙)

担当ケアマネジャーに記入してもらってください。  
担当のケアマネジャーがいない場合は、当苑までご相談ください。

### (ウ)介護保険被保険者証(写し)

(エ)直近3ヶ月分のサービス利用票(写し)及びサービス利用票別表(写し)  
直近3ヶ月間で在宅福祉サービスを利用していない場合は必要ありません。

### (オ)診療情報提供書(別紙)

グループホーム愛宕苑へ入所を希望される方のみ、お申し込みの段階で必要となります。  
有田郡市介護サービス利用者用として使用されている用紙です。

## 3. 入所順位の決定

施設職員と必要に応じて第三者を加えた合議制の入所検討委員会を設置し、入所順位の決定を行います。順位の決定にあたっては、基本的評価基準と個別的评价基準を用い、総合的に判定します。

## 4. 要介護1・2の方が入所対象にならなかった場合

要介護1または2と認定を受けられた申込者で、市町村が入所対象者と認められなかった場合、本申込書一式は受け付けますが、入所順位には入ることはできません。その旨を、後日文書にて通知いたします。以後、要介護度の変更等があれば、各申込施設までご連絡ください。

## 5. 入所申込を辞退した場合

当施設が入所の意思を確認したにもかかわらず、申込者の都合により辞退した場合は順位を繰り下げ、再度辞退があった場合は受付簿から削除します。但し、本人の入院等、やむを得ない理由で一時辞退した場合は、順位を保留します。

## 6. 入所申込者の状態が変化した場合の連絡

入所申込者又は家族等が申込後、要介護度等の変更により申込内容に変更が生じた場合は、各申込施設までご連絡ください。

## 7. お問い合わせについて

入所についてのお問い合わせは、希望される施設の下記担当者までご連絡下さい。

特別養護老人ホーム田鶴苑

【入所申込相談窓口】  
電話 0737-82-6644  
FAX 0737-82-6609  
担当者: 坂本 ゆかり

特別養護老人ホーム愛宕苑  
ケアハウス愛宕苑  
グループホーム愛宕苑

【入所申込相談窓口】  
電話 0737-82-0600  
FAX 0737-82-0606  
担当者: 江川 直人

特別養護老人ホームありだ橘苑

【入所申込相談窓口】  
電話 0737-83-6255  
FAX 0737-83-6260  
担当者: 田川 雄一