

※ 受付はご予約となります。  
月～金の10時～18時に下記へご連絡お願い致します。

TEL 048-738-5757(代)  
FAX 048-738-5535  
Email Kasukabe@syosaien.or.jp

様式1

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

申込日	令和 1年 5月 1日
受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム  
春日部勝彩園 施設長様

【申込者】

住所	〒344-0067 春日部市中央6丁目2番地		
(ふりがな) 氏名	春日部 一夫	性別 男	本人との関係 夫
電話番号	048( 736 )1110 090( 1234 )5678		

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	(ふりがな) 氏名 入所したい方	春日部 花子			性別	女
	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日 ( 82 歳)				
人	住所	〒344-0067 春日部中央6丁目2番地 電話番号( )				
	保険者	被保険者番号	要介護度			
	春日部市 112144	654321	1・2・ <b>3</b> ・4・5			
の	介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで				
	日常生活の状況	1 食事 自立・ <b>一部介助</b> ・介助 4 更衣 <b>自立</b> ・一部介助・介助 2 排泄 自立・ <b>一部介助</b> ・介助 5 移動 自立・一部介助・ <b>介助</b> 3 入浴 自立・ <b>一部介助</b> ・介助 補助具の使用( )				
	現在利用している 在宅サービスの 状況	①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤通所介護(デイ・サービス) ⑥通所リハビリテーション		⑦短期入所生活介護 ⑧短期入所療養介護 ⑨福祉用具の貸与・購入費の支給 ⑩その他 ( )		
状	認知症等による不応行動	1 非常に多い 2 やや多い <b>3</b> 少しあり 4 なし				
	医療的措置の状況	【既往歴および現在治療中の病気等】 脳梗塞で右下半身まひ 右大腿部骨折 アルツハイマー型認知症(平成14年夏頃) 変形性膝関節症				
	優先入所を 希望する 理由	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 <b>3</b> 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又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 者	主たる 介 護 者	(ふりがな) 氏名	かすかべ かずお 春日部 一夫	性別	本人との関係
		生年月日	明・大・昭・平 2年 2月 2日 (90歳)	男	夫
		同居の区分	① 同居 ② 別居 (住所: )		
の 状 況	従たる 介 護 者	(ふりがな) 氏名	かすかべ かおる 春日部 薫	性別	本人との関係
		生年月日	明・大・昭・平 32年 2月 2日 (60歳)	女	長女
		同居の区分	① 同居 ② 別居 (住所: )		
の 状 況	介護期間	介護開始 平成 25 年 3 月 ~ ( 4 年 1 ヶ月)			
	65歳以上の高齢者のみの世帯であるか否か	はい・ <u>いいえ</u>			
	主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	<u>多少介護可能</u>	介護可能	なし
	主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児看病が必要	半日育児看病が必要	時々育児看病が必要	<input type="radio"/> なし
	主たる介護者が複数名の介護をしている	介護困難	多少介護可能	介護可能	<input type="radio"/> なし
	主たる介護者の就労状況	<u>8時間以上又は高齢で就労不能</u>	4時間以上8時間未満	4時間未満	なし
	従たる同居介護者の介護の可能性	いない	<u>介護困難</u>	多少介護可能	介護可能
	別居している身内による介護の可能性	別居している身内はいない	<u>介護困難</u>	多少介護可能	介護可能
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			
	申し込みの状況	① 当施設のみ申し込んでいる 所在地: 春日部市 施設名: 埼玉園 ② 他の施設にも申し込んでいる			
	待機期間	年 月			
説 明 確 認	居室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(要介護度1又は2のみ記載)	1 認知症である者であつて、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 2 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 3 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、人身の安全・安心の確保が困難である。 4 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な状況である。 5 その他 ( )			
	私は、入所申込の際、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 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。
- ※5 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取り下げ書」を提出してください。