

施設利用申込書

(特別養護老人ホームさわやか園)

令和 年 月 日

社会福祉法人 敬親会
特別養護老人ホームさわやか園
理事長 辻森 孝重 様

申込者 (本人様)

フリガナ

氏 名

男・女

住 所

〒

T E L

生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)

介護度 1・2・3・4・5

申請中 ()

施設利用を申し込みます。

なお、連絡先は次の所へお願いします。

身元引受人 (連絡先)

フリガナ

氏 名

(続柄)

〒

住 所

T E L

携帯電話

システム入力済

(様式1)

特養入所希望者調査票

申込者	フリガナ					申込受付日										
	氏名					被保険者番号										
	生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	性別	男 ・ 女					
	住民登録地	都・道 府・県				市・郡 町・村										

本人および介護者の状況		点数(該当に○をつける)								
		回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目		
		年 月/日	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /		
要介護度	要介護5	40点								
	要介護4	40点								
	要介護3	20点								
	要介護2	10点								
	要介護1	5点								
	認知症による不適応行動あり(要介護1～3のみ加算)	10点								
介護の必要性	①身体的理由または認知症による不適応行動のため在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が		/	/	/	/	/	/	/	/
	要介護度上限単位の6割以上	30点								
	” の4割以上6割未満	20点								
	” の4割未満	10点								
	②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)	20点								
家族等介護者の状況	①単身	30点								
	②高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点								
	③介護者が就業中・複数の人を介護している等	10点								
合計			点	点	点	点	点	点	点	点
入所順位										

特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症	保険者市長 意見	<input type="checkbox"/> 該当
			<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等		
		<input type="checkbox"/> 虐待の疑い			
		<input type="checkbox"/> 家族など介護者の状況	<input type="checkbox"/> 非該当		
	<input type="checkbox"/> 非該当				
他の特別養護老人ホームへの申し込み状況		1. 申し込んでいる (申し込んでいる場合の施設名)		2. 申し込んでいない	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃	備考			

※ 申し込み上覧の太枠内は必ずご記入ください。被保険者番号が分からない時は、後日御連絡ください。

介護支援専門員等意見

(令和 年 月 日現在)

入所申込者氏名	様
保険者名・番号 被保険者番号	保険者名_____ 被保険者番号

1 在宅（現在の居所）での介護の継続について（いずれかに○）

- 現在の状況で継続可能
 居宅サービスの追加等で継続可能
 在宅（現在の居所）での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

2 特記事項

(1) 本人の生活等の状況

--

(2) 家族等介護者の状況

--

介護支援専門員等	事業所名	氏名
	(TEL : _____)	

注) この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関（介護療養型医療施設を除く）	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方