

ご記入例

特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 平成 年 月 日
 受付印

申込者(連絡先) 郵便物などは下記連絡先に郵送いたします。
 〒 : 〇〇〇-〇〇〇〇
 住所 : 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 氏名 : 白井 太郎 (続柄 長男)
 電話 : 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 携帯 : 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

初めてお申し込みをされる方は「新規」に、既にお申し込みをされていて、要介護度やご家族の状況等に更新・変更があり再申込される方は「変更」に丸を付けてください。

ご家族等お申し込みをされる方の住所等をご記入ください。
 ※成年後見制度の適用を受けている場合は、家庭裁判所から選任されている成年後見人等の住所等をご記入ください。
 入所等に関する連絡(電話・郵送)は、こちらの連絡先にお知らせいたします。

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。

申し込み先 (フリガナ)	特別養護老人ホーム ホワイト市川	保険者	〇〇市
氏名	白井 花子	性別	女
生年月日	明・大 〇〇 〇〇年〇月〇〇日 (〇〇歳)	被保険者番号	0 0 0 0 x x x x x x
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	要介護度	1・2・3・4・5
入所を希望する理由 (該当するものを全てを 選んでください)	1. 入所申し込みができるのは、原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむをえない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input checked="" 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 checked="" 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 () 2. 要介護1・2の方については、以下の該当する項目を選んでください。 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <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。 <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。		
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】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当館施設のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> ホワイト市川(本体施設) ※複数選択可 <input type="checkbox"/> ホワイト市川別館(<input type="checkbox"/> ユニット個室、 <input checked="" type="checkbox"/> 4人室) <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> お申込み施設名(〇〇苑)(△△荘)() () ()		
入所の意思	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input checked="" type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 判断できない		
主たる介護者	フリガナ	性別	本人との関係
氏名	白井 春子	男・女	長男の嫁
同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:) 【介護をしている上で困っていること等】		
意見	寝たきりで日常生活のすべてで介護を必要としているが、同居の家族は仕事をしているため、自宅での介護は出来ず困っている。		

入所希望者様の「介護保険被保険者証」の内容を記入してください。更新中や区分変更中の方は、更新・変更前の情報を記入してください。

お申し込みができる方は原則要介護3～5の方です。要介護1・2でお申し込みされる場合は、「2」の項目にもチェックをしてください。「1」の項目は複数回答可です。

要介護1及び要介護2の方は、こちらの項目は必ずチェックをしてください。2欄にチェックが無い場合は、受付ができないことがありますのでご了承ください。
 要介護3～5の方は、チェック不要です。

本体施設、別館の両方を希望される方は、それぞれの施設にチェックをしてください。この項目にチェックが無い場合は、本体施設のみの受付となります。また別館にチェックされた方は、「ユニット型個室」「4人室」の項目にもチェックをお願いします。
 ※ 別館は地域密着型施設のため、保険者が「市川市」以外の方は、お申し込みできません。

現 況 届

1 本人の状況

*いずれかに○や記入して下さい

現 況	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 老健などの施設または病院に入っている				
	施設名又は病院名:	老人保健施設○○○			
	所在地	○○県○○市○○町○-○-○			
	電話番号	○○○-○○○-○○○○			
入所又は入院時期	平成○○年○月から <u>入所</u> ・入院 している				

世帯の状況は必ずチェックをしてください。
申し込み時に入院や入所等をしている場合は、入院・入所以前の状況でチェックをしてください。
また病院や施設に入院・入所している方は、名称・住所等も記入してく

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
認知症高齢者の日常生活自立度 ※1	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I		自立

3. 留意事項の※1を参照に記入してください。

2 主たる介護者(いつも介護をしている方)・家族等の状況

介護者の年齢/続柄	○○ 歳 (続柄: 長男の嫁)
介護者の介護負担	重い やや重い <u>軽い</u> 負担なし
介護者の障害や疾病 ※2	無 <u>有</u> (障害名:) (病名: うつ病)
障害や疾病による介護負担 ※3	困難 <u>多少可</u> 可能
介護者の就労	無 <u>有</u> 職種: 事務
1週間の就労時間の合計	40時間以上 <u>20~40時間未満</u> 20時間未満
介護者の育児・家族の病気(入所希望者以外の)	育児: 無 <u>有</u> (続柄: / 年齢: /)
	家族の病気: 無 <u>有</u> (続柄: 夫 病名: 脳梗塞)
育児・家族の病気があり、主たる介護者がその者の育児・看病を行っている状況 <u>常時の育児・看病</u> 半日育児・看病 臨時的育児・看病	
介護者の介護意欲	無 非常に消極的 <u>やや消極的</u> 普通 意欲的
他の同居家族の介護協力	無 <u>有</u> (続柄: / 週に / 日程度)
別居血縁者の介護協力	無 <u>有</u> (続柄: 娘 / 週に / 2日程度)
近隣者等の介護協力 ※4	<u>ほとんどなし</u> 随時あり 常時あり
他の要介護者 ※5	無 <u>有</u> (続柄: 夫 介護度: 要支援 要介護 1・2・3・4・5)
認知症高齢者の日常生活自立度 ※1	Ⅲa以上 Ⅱb <u>Ⅱa</u> I 自立

3. 留意事項の※2を参照に記入してください。

3. 留意事項の※3を参照に記入してください。

入所希望者の他に育児や看病をしている場合は、その状況を記入してください。

3. 留意事項の※4を参照に記入してください。

お申し込みを頂きました「入所希望者」の他に要介護状態の方を介護されている場合は、「有」に○をつけるとともに、「続柄」等の記入及び「認知症高齢者の日常生活自立度」にも○をつけてください。

3 留意事項

※1 「認知症高齢者の日常生活自立度」

「有」に○をした方は、担当ケアマネージャー、病院や施設等に入院・入所されている方は、相談員に

確認のうえ記入をください

※2 「介護者の障害や疾病」

「有」に○をした方は、障害名や病名を記入してください。障害者手帳等をお持ちの方は、等級等もご記入ください。

※3 「介護者の障害や疾病」

「困難」は、障害や疾病により要介護者の排泄・入浴・着替え・移動・食事・整容等の日常生活での1週間が困難な場合、「多少可」は

上記の項目が2つ程度かかげられる場合、「可能」は障害や疾病はあるが介護可能な状態であることを指します

※4 「近隣者等の介護協力」

「随時あり」は週1~3日程度、「常時あり」は週4日程度以上が目安となります。

※5 「他の要介護者」

入所希望者のほかに、介護認定を受けている方がいる場合は、その方の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

現況届を記入の際は、こちらの留意事項もあわせてご参照ください。

○ この申込書及び現況届けの内容を、市川市へ提供することに同意します。

○ この申込書及び現況届けの内容について、担当ケアマネージャーや関係する関係する医療機関に関する内容について同意します。

こちらの内容にご承諾をいただき、お申込者のお名前を自署してください。

申込者氏名

分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

保険者番号							保険者名	居宅介護支援 事業者事業所名 担当者名	作成年月日	利用者確認	
被保険者番号							フリガナ 被保険者氏名	保険者確認印	届出年月日		
生年月日			性別		要介護状態区分等		要介護状態区分等 変更後 要介護状態区分等 変更日	区分支給 限度基準額	限度額 適用期間	から まで	前月までの短期入所利用日数
								単位/月			日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計回数
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
			曜日																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															



サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号：

利用者：

様

事業所名	事業所番号	サービス内容 ／種類	サービス コード	単位数	割引適用後		回数	サービス 単位数/ 金額	種類支給 限度基準 を超える 単位数	種類支給 限度基準 内単位数	区分支給 限度基準 を超える 単位数	区分支給 限度基準 内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険 対象分)	給付 率 (%)	保険 給付額	利用者 負担 (保険 対象分)	利用者 負担 (全額 負担分)
					率 (%)	単位数												
見本																		
区分支給限度基準額 (単位)														合計				

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

請求額の計算

保険請求分	公費請求額	社会福祉法人等による 利用者負担の減免	利用者請求額