①

入居申込書

受付日	令和　　年　　月　　日

施設長			相談員	相談員	受付者

＊職員が受付印を押し入居申込書①の面(A4)をコピーいたします。恐れ入りますが、控として保管していただけますようお願いいたします。

【申込施設】当法人が運営する特別養護老人ホームは３つ施設がございます。
本用紙１枚にて、複数の施設への申し込みが可能です。

ご希望の施設を、〇で囲んでください。

特別養護老人ホーム山王苑にいがた	特別養護老人ホーム山王苑	特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの
新潟市東区海老ケ瀬642	五泉市村松203-1	五泉市村松98-1
電話　025-278-9055	**電話　0250-58-8989**	**電話　0250-41-5650**
FAX　025-278-9081	FAX　0250-58-4791	FAX　0250-41-5651

第二山王苑あけぼのは、地域密着型です。入居対象者は、五泉市在中の方のみとなります。

申　込　日	令和　　年　　月　　日		
（ふりがな）		本人との続柄	
申込者氏名	様		
現住所・電話番号	〒　　－ 電話番号		

その他（連絡のとりやすい時間帯・携帯電話等をご記入ください）

要介護度１及び２の方は、特例入居の要件(理由)が必要となります。要件(理由)の記入は裏面②をご参照ください。

＊注　↓　介護度が変更の場合にはご連絡ください。

（ふりがな）		要介護度	要介護　　1・2・3・4・5		
入居希望者氏名	様	性別 男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年　月　日生 （　　歳）
現住所・電話番号	〒　　－ 電話番号				

◆申込理由（本人の状態と家族介護の状況）

＊現在入院・入所中の場合　＿＿＿年＿＿＿年＿＿＿月 ～ 施設名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

◆入居希望の意向

□ 将来的に入居したい・・・＿＿＿＿年後

□ 今すぐ入居したい・・・・令和＿＿＿年＿＿＿月頃までに入所したい

◆他施設に申込されている場合ご記入ください

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（特養・老健・その他）申込日（＿＿＿＿＿年＿＿＿月頃）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（特養・老健・その他）申込日（＿＿＿＿＿年＿＿＿月頃）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（特養・老健・その他）申込日（＿＿＿＿＿年＿＿＿月頃）

★施設概要・・・・パンフレットをご参照ください。
★入居費用につきましては、別紙をご参照ください。
★留意事項（ご協力くださいますようお願いいたします）
　本入居申込書の記入事項に変更があった場合や、申込を取り下げる場合等にはご連絡ください。
★ご不明な点等がございましたらお気軽にお問い合わせください。

社会福祉法人 茨塚福祉会　〒959-1707 新潟県五泉市村松203-1　電話 (0250)58-8989 FAX (0250)58-4791

＊引き続き、裏面②をご記入ください。

② 居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を以下の□に√点をご記入ください。

特例入所者の要件（理由）	
	□ 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見られる
	□ 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見られる
	□ 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

□ 独居世帯　□ 高齢者世帯　□ 家族同居世帯

家族構成				
	◆同一生計者をご記入ください			
	氏　名	続柄	年齢	連絡先（携帯電話・勤務先等可能な範囲でご記入ください）
	◆本人の子をご記入ください（別世帯）			
	氏　名	続柄	年齢	住所等（携帯電話・勤務先等可能な範囲でご記入ください）

★介護サービス等の関係機関より、個人情報を提供･収集させていただく場合がございます。お手数をおかけいたしますが、当施設宛てに下記の「**同意書**」をご記入くださいますようお願いいたします。

情報提供･収集に係る同意書

□ 特別養護老人ホーム山王苑　施設長　殿

□ 特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの　施設長　殿

□ 特別養護老人ホーム山王苑にいがた　施設長　殿

私は、貴施設(特別養護老人ホーム)の入居申込みに際し、私（入所希望者及び家族）に関する情報を市町村･担当居宅介護支援事業所･他介護保険施設及び医療機関から提供･収集することに同意します。

令和　　年　　月　　日

入居希望者（本人）　　印

入居申込者（家族）　　印

＊引き続き、③別紙を参照ご記入ください。

③別紙につきましては、現在担当の居宅介護支援専門員さまへ記入をご依頼ください。

★現在、介護認定をまだ受けていない方・介護サービスをご利用されたことのない方は、当施設へお気軽にお問い合わせください。ご相談させていただきます。（市役所・支所の高齢福祉係等もご相談の窓口となります。）

③ 担当介護支援専門員さまへ　　お手数をおかけいたしますが、下記の「**意見書**」及び裏面④「**提供票**」にご記入の上、申込者さまへお渡しいただけますようお願い申し上げます。

□ 特別養護老人ホーム山王苑　　施設長　殿
□ 特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの　　施設長　殿
□ 特別養護老人ホーム山王苑にいがた　　施設長　殿

※上記、複数の施設へのお申し込みの際においては、本書は１枚の記入で結構です。

下記につきましては可能な範囲でご記入いただけますようお願い申し上げます。

介護支援専門員意見書

入居希望者氏名　　様

1．本人の状況　　要介護 1・2・3・4・5

認知症による不適応行動　　非常に多い・やや多い・少しあり・なし

＊認定調査における行動に関連する項目のうち、⇒「夜間不眠や昼夜が逆転している」「１人で外に出たがり目が離せない」「火の始末や火の元の管理ができない」「ろう便行為等の不潔行為がある」「異食行動がある」⇒ に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が、１つ以上ある場合で、

⇒「非常に多い」・・・毎日ある場合
「やや多い」・・・・週に１～２回以上ある場合
「少しあり」・・・・月に１～２回程度ある場合
を目安としてご判断ください。

2．居宅サービス利用限度額割合　　60%以上　・　50%以上　・　30%以上　・　30%以下

サービス利用票別票に基づく、支給限度基準額に対するサービス利用額の割合です。
（区分支給限度基準額単位数／サービス利用単位数×１００）

利用しているサービス名	利用回数等

算定の期間については概ね３ヶ月を標準とし、平均利用割合によりご判断ください。算定の対象となるサービスは、次のとおりです。訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・短期入所生活介護・短期入所療養介護・通所介護・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・福祉用具貸与

3．主たる介護者・家族等の状況

◆世帯の状況・・・独居世帯・高齢者のみの世帯・その他（　　）
◆主たる介護者の年齢・続柄・・・（　　歳）続柄（　　）
◆介護者の障害・疾病・・・なし・あり（　　）
介護は困難・多少は介護可・介護は可能
◆介護者の就労・・・就労不可能・なし・あり（職種等　　）
勤務（　　日／週・　　時間／日）
◆介護者の育児・家族の病気・・・なし・あり（　　）
常時の育児看病・半日育児看病・臨時育児看病
◆他の同居介護補助者・・・・なし・あり（続柄　　）（　　日／週程度）
（続柄　　）（　　日／週程度）
（続柄　　）（　　日／週程度）
◆別居血縁者の介護協力・・・なし・あり（続柄　　）（　　日／週程度）
（続柄　　）（　　日／週程度）
（続柄　　）（　　日／週程度）

4．要介護１及び２の方の申込みにおいては、特例入居の要件(理由)が必要となります。
具体的な理由をお書き添えいただきますようお願い申しあげます。

作成日　　年　　月　　日			
事業所名		担当者名	印
電話番号			

④　**入居情報提供票**

下記につきましては可能な範囲でご記入いただけますようお願い申し上げます。

□　特別養護老人ホーム山王苑　　施設長　　殿
□　特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの　　施設長　　殿
□　特別養護老人ホーム山王苑にいがた　　施設長　　殿

※上記、複数の施設へのお申し込みの際においては、本書は１枚の記入で結構です。

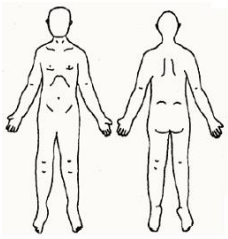
ふりがな 氏　名	様	生年月日 年　　齢	明治 大正　　年　　月　　日（満　　歳） 昭和	男・女

介　護　保　険	被保険者番号	□□□□□□□□□□	保険者名	
	要介護度	要介護　１・２・３・４・５　　前回の要介護度【　　】		
	認定期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日		
年　金　等	（種別）　国民年金・厚生年金・共済年金・その他（　　）			
障害者手帳等	手帳の種類	（障害名）		
	判　　定	級（度）　㍉･㍉･㍉･㍉　　年　　月　　日　～		

日常生活動作の状況	◆移動	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 □歩行（1点杖・多点杖・歩行器）□車椅子（普通・特殊／私物・借物）	◆着替	□自立　□一部介助 □全介助
	◆入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□一般浴槽　□中間浴槽　□機械浴槽		
	◆排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□尿意（有・無）　□便意（有・無） 〈昼〉□トイレ　□ポータブル　□オムツ　□他　〈夜〉□トイレ　□ポータブル　□オムツ　□他		
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ		
	認知症の症状	□記憶障害　□失見当　□攻撃的行為 □火の不始末　□徘徊　□不潔行為 □不穏興奮　□失禁　□自傷行為	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 食事量(大盛･普通･小盛)で約(　　)/10 主食(常食･3分粥･５分粥･全粥･ﾍﾟｰｽﾄ) 副食(常食･刻み･中間刻み･極刻み･ﾍﾟｰｽﾄ) 特別食(減塩　　g･糖尿食　　kcal)

医療の状況	入院歴	傷病名	期間	医療機関名
			年　月　～　年　月	
			年　月　～　年　月	
			年　月　～　年　月	
			年　月　～　年　月	
			年　月　～　年　月	
	現在治療中の傷病名	傷病名	年　月　～	医療機関名
	服薬情報　（処方箋等のコピーでも結構です）			

【障害の部位】
△ 障害
× 欠損部位
● 褥瘡部位
身長　　cm
体重　　kg



□経管栄養　□カテーテル（フォーレ）　□ストーマ（人口肛門）　□在宅酸素　□気管切開
□インシュリン注射　□透析　□ペースメーカー　□補聴器
□眼鏡はかけているが日常生活に支障がある（傷病名　　）□その他（　　）

作成日　　年　　月　　日			
事業所名		担当者名	印
電話番号			

ご協力ありがとうございました。なお、上記での情報不足等につきましては、別紙(任意様式)を添付(封書詰)していただければ幸いに存じます。

特別養護老人ホーム山王苑
五泉市村松203-1
電話　0250-58-8989
FAX　0250-58-4791

特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの
五泉市村松98-1
電話　0250-41-5650
FAX　0250-41-5651

特別養護老人ホーム山王苑にいがた
新潟市東区海老ケ瀬642
電話　025-278-9055
FAX　025-278-9081