

郡上市内特別養護老人ホーム入所申込書

新規 ・ 更新 ・ 変更

郡上市内特別養護老人ホーム施設長 宛

申込日 令和 年 月 日

入所を希望するので、次のとおり申込みます。

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女	大・昭	年	月	日 (歳)
	住所	〒					
				電話			
保険者・番号						認定年月日	令和 年 月 日
被保険者番号						認定の有効期間	始 令和 年 月 日
要介護度	3 ・ 4 ・ 5						
介護支援専門員	居宅介護支援事業者					介護支援専門員名	

申込者	フリガナ		性別	続柄	生年月日		
	氏名		男・女		大・昭・平	年	月 日 (歳)
	住所	〒					
				自宅電話			
				携帯電話			
その他連絡先	フリガナ		性別	続柄	生年月日		
	氏名		男・女		大・昭・平	年	月 日 (歳)
	住所	〒					
				自宅電話			
				携帯電話			

※申込み者以外の方への連絡を希望される方は、その他の連絡先欄もご記入ください。

申込施設	<input type="checkbox"/> 郡上偕楽園	<input type="checkbox"/> セセラギ緑風苑
	<input type="checkbox"/> アットホームしろとり	<input type="checkbox"/> アルプス
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

同意書	私は、入所申込みに際して、入所順番の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。	
	入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、事業所等から必要な情報を得ることに同意します。また、施設が行政機関からの求めに応じて情報提供することに同意します。	
	令和 年 月 日 氏名	本人との続柄 ()

※介護保険証の写し、直近3か月のサービス利用票と別表の写し(在宅の方のみ)を添付

※連絡先の変更、申込み終了(移転・施設入所・死亡)等が発生した場合はご連絡ください。

初回申込日	平成・令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
		受付者	

特別養護老人ホームの入所申し込みについて

入所までの流れ

◎入所申請(要介護3～5)

希望する施設へ申込み



入所選考名簿作成



◎特列入所(要介護 1～2)

ケアマネジャーを通じて、郡
上市役所高齢福祉課へご相談ください。
特列入所の要件に該当すると判断された場合は、特別養護老人ホームの入所申し込みの対象になります。



各施設の入所検討委員会による合議



入所待機者名簿登録



入 所 決 定

◆「本人の状態」 や「家族の状況」が変わった場合は！

◎本人の状態が変わった場合は、区分変更の申請をお勧めします。

区分変更のご相談は、郡上市役所高齢福祉課へ！！

◎家族の状況変わった場合は、申込の施設にお知らせください。

状況によって、入所待機者登録名簿の順位が変動することがあります。

◎今回提出された申込書の有効期限は
令和 年 月 日 です。

◎次回の更新申請は、令和 年 月 日 です。

※期限内に申請の提出がない場合は、入所申し込みを辞退されたと判断します。

※期限を過ぎて申請書を提出された場合は、新規の取り扱いとなります。

調査票① 入所希望者の状況

記入日 年 月 日

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている(家族構成)
	<input type="checkbox"/> 介護施設等に入っている(施設名 入所期間 年 月 ~ 年 月)
	<input type="checkbox"/> 病院等に入院している(病院名 入院期間 年 月 ~ 年 月)
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため・または不存在と同等 ()
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため (住所)
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢 歳」、「障害・手帳 級」「病気・怪我 」により介護することが困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難 (1か月 日、1日 時間程度)
	<input type="checkbox"/> 介護する者が他の者の介護 (要介護度) や育児 (歳) を行っているため
	<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に介護を手伝う者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため
<input type="checkbox"/> その他 ()	
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知症等による周辺症状	<input type="checkbox"/> 心療内科等の受診(病院名)
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度
介護に関する状況	飲水食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	衣類着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視 力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 定期的な病院受診(病院名)
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()
	【現在治療中の病気・主な内服薬】
	【その他健康に関する特記事項】

調査票② 主たる介護者の状況・その他

主たる介護者の状況	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	続柄		
	住所	〒 TEL							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	入所希望者宅までの所要時間 (分)					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 疾患等で定期的に通院 病名()						
		<input type="checkbox"/> 病弱	<input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療必要 病名()						
		<input type="checkbox"/> 重篤な病気(病名)	<input type="checkbox"/> 要入院加療 (か月程度) 病名()						
状況	身体状況	<input type="checkbox"/> 障がい有 級(障がいの種類)						<input type="checkbox"/> 無	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 要支援 ・ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3						<input type="checkbox"/> 無	
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳)							
		<input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)の必要な家族がいる (自宅療養 ・ 入院中)							
<input type="checkbox"/> 入所希望者以外に在宅で介護の必要な家族がいる (要支援 1・2 、 要介護度 1・2・3・4・5)									
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (級 ・ 種類:)								
	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる (関係)								
	<input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる (関係)								
	<input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者等)がいる (関係)								
<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない ()									
【介護で困っている事、その他特記すべき事を記入】					【家族状況図】 (入所希望者) 本人  配偶者(有・無)				
在宅介護の期間	<input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満								
申込期間	<input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満								

※施設記入欄

	利用月	支給限度額	利用単位
①	月	単位	単位
②	月	単位	単位
③	月	単位	単位
	合計	A 単位	B 単位
3カ月の平均利用率		% (少数以下四捨五入)	