

申込者（連絡先）今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
受付日	平成 年 月 日

※申込日は記入白をご記入下さい。  
 ※受付日は空欄にして下さい。

〒：285-0004
住所：佐倉市岩名1011 ※この欄には入所（入居）申込者（ご家族様等）のお名前・住所等をご記入下さい。
氏名：白翠 花子
電話：043(486)8941

特別養護老人ホームに入所・入居したいので、次のとおり申し込みます。 ↓介護保険証を見てご記入下さい。

入所（入居）希望者の状況	申し込み先（入所（入居）希望施設）	佐倉白翠園		保険者	佐倉市										
	(フリガナ)	ハクスイ	タロウ	性別	被保険者番号	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4
	氏名	白翠 太郎		男女	要介護度	1・2・3・4・⑤									
	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日（△△）歳		要介護 認定期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成△△年■月〇〇日まで										
	現住所	〒285-0004 佐倉市岩名1011 ←介護保険証に記載がある住所をご記入下さい。													
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名：介護老人保健施設××苑   所在地（市区町村名のみ）：佐倉市 ◇入所又は入院時期：平成〇〇年△月から入所・入院している													
	入所（入居）を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい）	1. 入所（入居）申し込みができるのは原則として要介護3以上の方です。 （要介護度1・2の方については、入所（入居）を必要とするやむを得ない理由が必要となります。） <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input checked="" 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 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・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境など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（ ）													
	要介護1・2の方のみ、この欄にも回答して下さい→	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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、同居家族が高齢また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（入居）希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所（入居）したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所（入居）したい														
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <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。 ◇既に申し込んでいる他の施設名（〇〇園 ）（××ピア ）（ ） ◇今後申し込む予定の他の施設名（〇〇荘 ）（ ）（ ）														
主たる介護者	(フリガナ)	ハクスイ	ハナコ	性別	本人との関係	妻									
	氏名	白翠 花子		男女	生年月日	明・大・昭 18年10月21日									
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】 ・本人の体が大きく、移乗などの介護で介護者が腰を痛めてしまった。 ・同居の息子は、仕事のため、ほとんど自宅にいない。 ※できるだけ詳細にお書き下さい。													

※該当する事項に○をつけ、必要事項を記入して下さい。

1 本人の状況

要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ <input checked="" type="radio"/> 5
認知症による不応行動	Ⅲ a以上 <input checked="" type="radio"/> Ⅱ b Ⅱ a I 自立

※日常生活自立度については、別紙「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」を参照して下さい。

認知症が見られない場合は「自立」、Ⅲ a・Ⅲ b・Ⅳ・Mの場合は「Ⅲ a以上」に○をつけて下さい。

2 主たる介護者・家族等の状況

↓「高齢者世帯」は65歳以上の家族のみの場合です。

世帯の状況	<input checked="" type="radio"/> 独居 高齢者世帯 その他 ( )
介護者の年齢・続柄	〇〇歳 妻
介護者の介護負担	重い <input checked="" type="radio"/> やや重い 軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 高血圧・狭心症・椎間板ヘルニア ) <small>介護者の病気等をご記入下さい。</small>
介護者の就労	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 職種等 自営業 5日/週、 8時間/日 )
他の要介護者	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 要支援 ・ 要 ) <small>ご本人様の他に要介護者が同居されている場合はご記入下さい。</small>
介護者の育児、家族の病気	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( ) <small>ご本人様の介護以外に育児・看病等がある場合はご記入下さい。</small>
介護者の介護の関わり方	介護拒否 非常に消極的 やや消極的 <input checked="" type="radio"/> ぶつう
他の同居介護補助者	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 続柄 長男 1 日/週程度 )
別居血縁者介護協力	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 続柄 長女 3 日/週程度 )
近隣者等の介護協力	<input checked="" type="radio"/> ほとんどなし 随時あり 常時あり

3 居室について いずれかに○印を付けて下さい。

<input type="radio"/>	多床室 (2人部屋・4人部屋) を希望する
<input checked="" type="radio"/>	個室 (ユニット型) を希望する
<input type="radio"/>	どちらでも良い

※ 多床室と個室は料金が異なります。(料金表を参照して下さい)

