

指定介護老人福祉施設等入居申込書

受付日 令和 年 月 日

申込日 令和 年 月 日

申込者 (連絡先) 郵送物等は、申込者の連絡先に送付させていただきます。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等に入居したいので次のとおり、申込します。

〒 -			
住所：			
フリガナ		続柄	
氏名			
電話番号		携帯電話番号	
メールアドレス			

※ 申込後、当施設から定期的に入居に関する意向調査を行います。円滑に調査することを目的に、必ず、メールアドレスを記入してください。

申込先 (入居希望施設)	介護老人福祉施設 手稲ロータス	保険者	
		被保険者番号	
フリガナ		性別	
氏名		<input type="checkbox"/> 男	要介護度
		<input type="checkbox"/> 女	認定期間
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和		年 月 日 から 年 月 日 まで
住所	〒 -		
現況	<input type="checkbox"/> ア 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> イ 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ 施設・病院等に入所（院）中 ※「施設・病院等に入所（院）中」の方は、次を記入してください。 施設又は病院名 所在地（市町村名のみ） 入所又は入院時期： 年 月 日 から 入所・入院している。		
入居希望者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ 高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む） <input type="checkbox"/> ウ 独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ 介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> ウ 介護者はいない	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ 75歳以上又は介護者はいない	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア 健康である <input type="checkbox"/> イ 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア 十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない	
要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア 良好 <input type="checkbox"/> イ 介護は行っているが、疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない		
生活・経済の状況	現況	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない ※「施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 （ <input type="checkbox"/> イ 制限なし <input type="checkbox"/> ウ 6～12か月 <input type="checkbox"/> エ 6か月未満） <input type="checkbox"/> オ 自宅等	
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所（院）中 <input type="checkbox"/> イ 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ 限度額の80%以上	
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所（院）中 <input type="checkbox"/> イ 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ ほとんどサービスを抑制している	
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ 第3段階 <input type="checkbox"/> エ 第2段階 <input type="checkbox"/> オ 第1段階	
	住居	<input type="checkbox"/> ア 施設・病院等に入所（院）中 <input type="checkbox"/> イ 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ 帰る住まいがない	
入居希望時期	<input type="checkbox"/> ア 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> イ 令和 年 月頃までに入居したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> ア 経管栄養 <input type="checkbox"/> イ 胃ろう <input type="checkbox"/> ウ 在宅酸素 <input type="checkbox"/> エ インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ その他（ ） 【現在治療中の病院・特記事項等】		

入居希望者の状況	該当する特例入所の要件 (<input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②・ <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④) ※該当すると思われる要件にチェックしてください。なお、各要件について本書の下に記載しています。		
	備考 (以下に、具体的な理由等の記入をお願いします。) (記入者 続柄等)		
	特例入所の要件に該当する止むを得ない事由 ※要介護1又は2の方は記入してください。		
その他 (生活歴等)			
他施設の申込状況		<input type="checkbox"/> ア 当施設のみ申込 <input type="checkbox"/> イ 他の施設に申込済み又は申込予定 *すでに申込としている他の施設名 () *今後申込予定の他の施設名 ()	
主たる介護者	フリガナ	性別	本人との関係
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> ア 同居している <input type="checkbox"/> イ 別居している (住所:)	
	意見	【介護をしている上で困っていること等】	
紹介居宅介護支援事業所等		電話番号	
		担当	

※ 特定入所の要件

- ① 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こと。
- ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと。
- ③ 家族等による深刻な虐待が高齢又は病弱である等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

※ 申込方法は、3つの方法をお願いします。

- ① 直接、郵送による申込。(〒006-0033 札幌市手稲区稲穂3条6丁目7番5号 生活相談員宛)
- ② E-mailによる申込。(Emailアドレス: teine.lotus@teinelotuskai.com)、件名を入居申込と入力してください。
- ③ LINEによる申込。(電話番号(0116858181) 友だち検索又はQRコードで読み込んでください。件名を入居申込と入力してください。

