

受付日 年 月 日

特別養護老人ホーム《八瀬の里》入居申込書

(新規・更新)

特別養護老人ホーム八瀬の里

施設長様

特別養護老人ホーム八瀬の里に入居を

希望しますので、次のとおり申し込みます。

申込者住所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏名		
電話番号	( )	

本人 の 状 況	(ふりがな)		性別	介護保険者	(市・区・町・村)						
	氏名		男・女	被保険者番号							
	生年月日	M.T.S 年 月 日 ( )歳		要介護度	1. 2. 3. 4. 5.						
	住所	〒		要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	健康保険	種別		記号・番号	.						
	年金等	種別									
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類( )								
		障害名	種 級								
		・現在利用している在宅サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費の支給 <input type="checkbox"/> その他( )									
		・施設に入居(入居・入院している場合) <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td>施設名又は病院名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入居又は入院期間</td> <td>年 月 日 ~</td> </tr> </table>					施設名又は病院名		所在地		入居又は入院期間
施設名又は病院名											
所在地											
入居又は入院期間	年 月 日 ~										
	入居を希望する理由 (該当するものをすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため(本人は単身生活者で介護する親族が全くない。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢のため十分な介護が困難なため。 介護者の年齢が、A. 70歳以上 B. 60歳代 C. 60歳未満 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、障害や疾病の状況にある。 A. 介護が困難である B. 多少は可能である C. 介護できる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため。 A. 常時の育児又は看病が必要である B. 半日ほどの育児又は看病が必要である C. 時々、育児又は看病が必要である <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護をしている。 A. 介護が困難である B. 多少は可能である C. 介護できる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他( )									
	在宅で介護された期間	<input type="checkbox"/> 1年未満	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 2年以上	<input type="checkbox"/> 3年以上						



介護者の状況	主たる介護者 1. 有 2. 無	1. の場合 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	M T S 年 月 日 ( ) 歳			
		同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況)			
		介護者の就労状況	A. 一日8時間以上 B. 4時間以上8時間未満(パート) C. 4時間未満 D. 高齢のため就労不能 E. 就労していない			
	従たる介護者	1. の場合 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	M T S 年 月 日 ( ) 歳			
		同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況)			
		介護の可能性	A. 介護は困難である B. 多少介護は可能である C. 介護は可能である			
その他	認知症等による不適応行動の有無	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、大声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度(毎日、週に1~2回以上、月に1~2回程度等)を具体的に記載してください。				
	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい				
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる 施設名				
	担当の介護支援専門員	氏名 事業所名 連絡先				

説明確認	私は、優先入居申込みの際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。
	年 月 日 氏名 印

(別表)

入所順位の評価基準

1 介護の必要の程度及び心身の特性 (最高点34点)

		痴呆による不適応行動			
		非常に多い	やや多い	少しあり	なし
要介護度	5	34点	30点	24点	18点
	4	30	26	20	14
	3	26	22	16	10
	2	22	18	12	6
	1	18	14	8	2

2 介護者の状況 (最高点42点)

	6点	4点	2点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満	—
②主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
③主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児・看病が必要	半日育児・看病が必要	時々育児・看病が必要	なし
④主たる介護者が複数の介護をしている	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
⑤主たる介護者の就労の状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし
⑥従たる同居介護者の状況	従たる同居介護者いない	介護困難	多少介護可能	介護可能
⑦別居している血縁者による介護の可能性	別居している血縁者いない	介護困難	多少介護可能	介護可能

※単身生活者で介護する者が全くない場合は、①から⑥までで36点とする。  
 ※65歳以上の高齢世帯のみの場合は、③は6点とする。  
 ※介護保険施設に入所している者の場合には、退所する時点での状況により判断する。

3 在宅介護の状況 (最高点14点)

		在宅介護期間	
		1年以上	1年未満
在宅サービスの利用状況	80%以上	14点	12点
	40%以上80%未満	12	10
	40%未満	10	8

※介護保険施設に入所している者の場合は、当該施設に入所する前の状況とする。

4 本人の住所地 (最高点10点)

施設所在地と同一の市町村内	施設所在地と同一の圏域内	施設の所在地の圏域外	県外
10点	6点	4点	0点

※圏域とは、埼玉県高齢者保健福祉計画で設定している10圏域をいう。  
 ※同一の圏域内には、圏域は異なっても隣接する市町村を含む。