施設入所申込書

次のとおり、ラ・メール白山台への入所を申し込みします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所申込者　(本人) | | フリガナ |  | | 性　別 | 介護保険  被保険者番　　　号 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 氏　　名 |  | | 男　　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） | | | 要介護度 | １・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | 認定の  有効期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | | | 事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 入所申込理由  （自宅で介護が  困難な理由） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家族・関係者 | | | 氏　　名 | | 続柄 | 同居/別居 | 連絡先（電話番号） | | | | | 連絡順位 | | |
|  | |  | 同　・　別 |  | | | | |  | | |
|  | |  | 同　・　別 |  | | | | |  | | |
|  | |  | 同　・　別 |  | | | | |  | | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | 続　　柄 |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 住　　所 | |  | | | 電話番号 |  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **特例入所要件**  （要介護1.・2で入所を希望する場合は該当項目にレ点記入）※裏面意見書同意欄も確認・記入 | □ | 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがあるがある |
| □ | 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる |
| □ | 家族等による深刻な虐待が疑われていること等により、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こと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 |

|  |
| --- |
| 受　付　印　※施設押印 |
|  |

【添付書類】

①介護保険証の写し

②入所申込者評価基準に係る意見書（ケアマネージャー記入）

【お願い】

※「要介護認定の見直し」や「他施設への入所決定」など状況に変化があった場合は

　お知らせください。

様式１

入所申込者評価基準に係る意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所申込者（本人）氏名 |  | 性別 | 男　・　女 | 年齢 |  |
| 被保険者番号 |  | | | | |

介護支援専門員等記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | |  | | | 電話番号 |  | |
| 評　　価　　基　　準 | | | | | | | | |
| 要　介　護　度 | | | 日常生活自立度 | | 知的障がいの有無 | | | 精神疾患（障がい）の有無 |
| 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | Ⅲa ・ Ⅲb ・　Ⅳ ・ Ｍ | | □　有　　□　無 | | | □　有　　□　無 |
| 認知症、知的障がい、精神障がいに伴う症状や行動障害の頻度  頻度　　□毎日　□週4～5回　□週3～1回　□月1回  具体的な症状・行動障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 在宅サービスの利用率  在宅サービスの利用内容 | | | 利用率：　　　　　％　　□　未利用　　□　入院・入所中 | | | | | |
| □訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□通所介護  □通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□短期入所生活介護　□短期入療養介護　□福祉用具貸与  □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能多型居宅介護　□看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | |
| 介護者の状況  □身寄りがいない等介護する者がいない  □介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院する等の状況により介護ができない  □介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障がいを有する等の状況にあり、十分な介護が困難  □介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難  □介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っている等、十分な介護が困難  □介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難 | | | | | | | | |
| 【介護者の具体的状況（本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況等）】 | | | | | | | | |
| 虐待（疑）の有無 | | □　有　　□　無 | | 医療行為 | □　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 待機年数 | | □５年以上　□４年以上　□３年以上　□２年以上　□１年以上　□１年未満 | | | | | | |
| 身体状況等について  歩　行…□自力で可　□一部介助　□全介助　□杖を使用　□車いすを使用  食　事…□自力で可　□一部介助　□全介助　□普通食　□特別食（　　　　　　　　　　　　　　　）  入　浴…□自力で可　□一部介助　□全介助  排　泄…□自力で可　□一部介助　□全介助　□オムツ　□リハビリパンツ　□尿取りパッド  視　力…□問題なし　□日常生活に支障あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  聴　力…□問題なし　□日常生活に支障あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | | | |

要介護１及び２の方で入所を希望する場合、申込書・意見書について、八戸市へ情報提供することに

□同意する　□同意しない　　　令和　　年　　月　　日　　　　入所希望者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）

（以下は確認事項のため、申込時の提出は不要です）

●お申し込みから入所までの流れ

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護３から５の方  **①入所申込（申込書及び添付書類の提出）**  **②施設による申し込み受付**  **※必要に応じて施設職員による面談**  **③入所判定会議**  　　　※判定結果については、入所決定となった場合  のみ連絡をいたします。  　　（入所が決定した場合）  **④サービス利用（入所）契約**  **⑤入所** | 要介護１・２の方  **①入所申込（申込書及び添付書類の提出）**  **②施設による申し込み受付**  **※必要に応じて施設職員による面談**  **③八戸市との情報共有**  　　　※特例入所の事由等について、施設と八戸市は  情報を共有します  **④入所判定会議**  　　　※③に関する八戸市からの意見を基に会議が行われます。  　　　※判定結果については、入所決定となった場合  のみ連絡をいたします。  （入所が決定した場合）  ※施設は入所決定について八戸市へ情報提供し、意見を求めます。  **⑤サービス利用（入所）契約**  **⑥入所** |