

# 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム美里園）入所申込書

申込者（連絡先） 今後郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

住所	〒 -		
氏名		電話	

※特例入所事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム美里園）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	フリガナ		性別	※保険者		
	氏名	男・女	被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護認定期間	3・4・5 年 月 日から 年 月 日まで		
	現住所	〒 -				
	現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている。「施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名（ ）所在地（市町村名のみ）（ ） 入所又は入院時期 年 月 日から入院・入所している。				
	入所を希望する理由(該当するものすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により介護が困難なため <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 type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい				
	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害				
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input 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（ ）（ ）（ ） ◇今後申し込む予定の他の施設名（ ）（ ）（ ）				
主たる介護者	(フリガナ)		性 別			
	氏名		本人との関係			
			男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所 ）					
意 見	【介護しているうえで困っていること等】					
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関（保険者である市町村、若しくは和歌山県）に報告することに異議なく同意します。 年 月 日 本人または介護者の氏名： _____ 印						

※ 「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面に事由について記載してください。  
 ※ 「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者に名称を転記してください。  
 ※ 「介護保険被保険者証（写）」・直近3ヶ月分の「サービス利用票（写）」及び「サービス利用票別表（写）」を添付してください。

特例入所の要件に該当する事由について

●該当する事由に印をつけてください。

- 認知症である者であつて、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みられる。
- 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が頻繁にみられる
- 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
- 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、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

●該当する事由の具体的内容について記入してください。

●備考