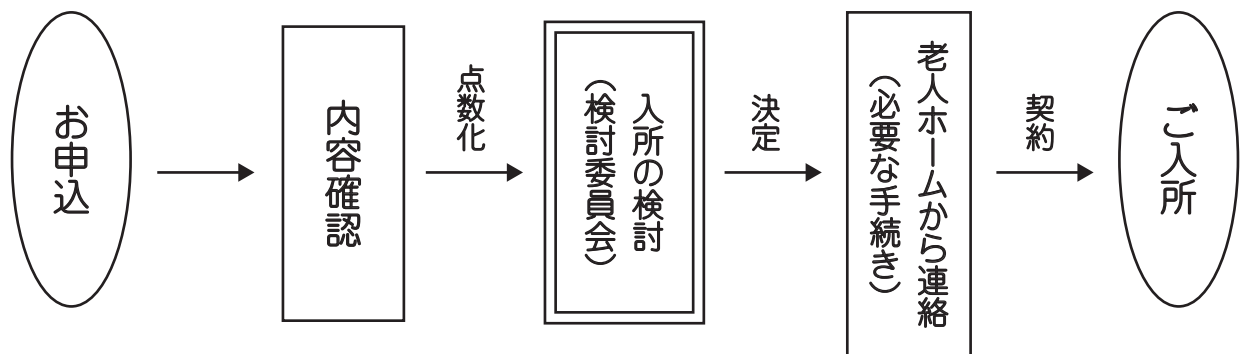


特別養護老人ホームの入所申込にあたって

名古屋市内の特別養護老人ホームでは、同じ入所基準に沿って、入所の優先順位を決定しています。具体的には、入所を所望される方の介護状況その他に応じて、入所の必要度を点数化し、点数の高い方からご入所いただける制度となっています。

お申込からご入所まで



- ①はじめに、介護状況その他についてお伺いするため、お申込書を作成いただきます。分からないところは、申込時に職員がお聞きします。
- ②お申込書から入所の必要度を点数化します。その点数をもとに、老人ホームごと開催する入所検討委員会で入所の決定を行います。入所できることになりましたら、老人ホームから連絡があります。
- ③ご連絡後、必要な面談や健康診断を行い、入所に支障がない場合、契約をして入所となります。申込書に事実と異なる記載があったときは、入所できなくなりますので、ご注意ください。

(1) お申込のときの状態から変更が合った場合は、変更届の提出をお願いします。変更届がない場合は、適切な点数化ができないことがあります。

【変更届が必要な場合】

- ア 入所希望者の要介護度
- イ 主たる介護者の変更（介護の困難性に関わる状況の変更含む。）
- ウ その他入所の必要性に大きく関係すると思われる状況変化

(2) 連絡先が不通となり、連絡先変更のご連絡がない場合は、取下げの扱いとさせていただきますので、ご了承ください。

(3) 他の老人ホームに入所するなどして、申込の必要がなくなりましたら、申込をした老人ホームにご一報くださいますようお願いいたします。

標準入所申込書（様式1）

登録番号	
------	--

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書

施設名

ユートピア第2つくも 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和	年	月	日	受付者
受付日	令和	年	月	日	

入所希望者	ふりがな		性別	男・女	生年月日					
	氏名				明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 - (TEL) (FAX)								
被保険者番号					要介護度	3	4	5	(1 2)	
保険者番号					保険者名					
認定審査会の意見等					認定の有効期間	令和	年	月	日	～
居宅介護支援事業所（施設入所者は施設名）	居宅介護支援事業所名									
	担当者（ケアマネージャー名）									
	TEL		- -							

※上記は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者連絡先	住所	〒 - TEL - - 携帯 - - FAX - -						
	ふりがな		男・女	生年月日				
	氏名			明・大・昭	年	月	日	(歳)
	入所希望者との続柄							

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。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() ()
	申し込み予定施設名	() ()

説明確認及び承認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法、及び状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明をうけました。また、私は、入所に必要な情報について、施設が上記の居宅介護支援事業所・入所施設に直接確認することを承認します。今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 ()</p> <p>令和 年 月 日 氏名</p>
-----------	--

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭・平	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ）							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用表及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）

氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

同居以外の親族の状況

氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	

近親者の状況

