

社会福祉法人 新清会 入所申込書

申込み日 20 年 月 日 受付担当

☐ あさむつ苑 (従来型 特養)	☐ あさむつの森(グループホーム)	変更申請中 月頃予定
☐ 花むつ苑 (地域密着型 特養)	☐ 二の丸苑 (グループホーム)	施設記入欄
☐ 桜手苑 (地域密着型 特養)	☐ 桜手苑(グループホーム)	
	☐ グループホーム花むつ	

入所を希望する本人、その状況について

ふりがな		男	保険者	福井市 ・ その他()										
氏 名		女	被保険者番号											
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日(歳)	介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
住 所														

入所申込手続き者について

氏 名		電話番号	
住 所		携帯番号	
生活	☐ 自宅で一人暮らし ☐ 家族と暮らす ☐ 他施設(サ高住 ・ 老健 ・ 療養型 ・ 福祉施設)に入所中 (施設名:) ☐ 入院中(病院名:) 入院時期 (年 月頃から)		
介護	☐ 介護する人がいない ☐ 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護) で自宅では困難 ☐ 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 ☐ 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) ☐ 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない)		
医療	☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 透析 ☐ インスリン注射(単位) ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ その他() ☐ 治療中の病気 (病名:) (主治医:)		
申込みの希望	☐ 他の施設に申し込む ☐ この施設のみ申込み ・他施設へ すでに申込み済() ・他施設へ これから申込む()		

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入して下さい

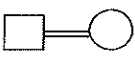
氏名		続柄	
同居別	☐ 同居している ☐ 同じ敷地にいる ☐ 近くで別居 ☐ 遠くで別居		
意見など	(介護で困っている事)		

※ 申し込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3カ月分のサービス利用者票及び別表の(写し)を貼付して下さい。

入所判定委員会状況調査

介護度			介護者状況			居宅サービス利用率		
要介護1	10点		単身の場合	20点		80%以上	15点	
要介護2	20点		介護困難な場合	15点		50～80%	10点	
要介護3	30点		認知状況			50%以下	5点	
要介護4	40点		要介護1～3で問題行動があり居宅での介護が困難な場合	10点		考慮すべきその他の事由		
要介護5	50点					5点～20点		
未認定						総合計 点		

* 入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所者の要件に該当する事項の有・無	☐ 認知症であって、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等が頻繁に見られる。			
	☐ 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見られる。			
	☐ 家族等による深刻な虐待があり、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が十分に受けられない。			
<特例入所について詳細>				
ご本人様の現在の身体状況を できるだけ詳しく記入して下さい。		施設名		
		担当ケアマネ		
病状	<①病名 ②現状態 ③入院の場合、至った経過>			
	認知症状			
	会話			
	食事			
	排泄			
	歩行			
	身長	約 cm くらい	体重	約 kg くらい
	その他			
年金	遺族年金(金額:)	厚生年金(金額:)	家族構成 	
	国民年金(金額:)	共済年金(金額:)		
	生活保護 ・ その他(			
介護保険負担割合証		1割 ・ 2割 ・ 3割		
介護保険負担限度額認定証(ピンク色)		有 (2 ・ 3) ・ 無		

※ 全て 申込者が記入して下さい

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することを同意します。			
	20	年	月	日 氏名

※ 申し込みの際には、被保険者証の写し、直近3カ月のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。

※ 申し込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設までご連絡ください。