

特別養護老人ホームやまとの里、特別養護老人ホーム暢寿園 入所のお申込みにあたって

この度は、当施設に入所のお申し込みをいただきまして、ありがとうございます。

お申し込みにあたりまして、下記のとおり、書類が必要になります。

< 必 要 書 類 >

① 入所申込書

→ ご記入にあたり、記載要領がございますので、ご覧の上、ご記入ください。

② 介護保険被保険者証の写し

→ お手持ちの介護保険被保険者証のコピーをご用意ください。

③ 認定調査票の写し

→ 要介護認定を受けた際の認定調査の調査書類です。

※ 住所地の介護保険窓口（市町村役所）に依頼してください。

千歳市が住所地の方は下記書類をご持参の上、千歳市の介護保険窓口にご依頼ください。

1. 要介護認定を受けている方（入所希望者）のご印鑑

2. 窓口に行かれる方のご印鑑

3. 窓口に行かれる方の身分証明書（運転免許証、健康保険被保険者証など）

【問い合わせ先】

特別養護老人ホームやまとの里
〒066-0066
千歳市大和4丁目2番1号
TEL：0123-23-1228
担当者：佐藤 智胤

特別養護老人ホーム暢寿園
〒066-0034
千歳市富丘2丁目7番5号
TEL：0123-24-7922
担当者：吉田 幸江・畑中美智子

【個人情報の取扱いについて】

社会福祉法人千歳福祉会では、入所の申込み、サービス提供等にあたって知り得た個人情報を適切に取り扱うことを、介護サービスに携わる重大な責務と考え、当法人が保有する個人情報に関し、適切に取り扱うよう努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令、その他の関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。



特別養護老人ホーム

やまとの里 入所申込書
暢 寿 園

申込日	令和 1 年 10 月 1 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

申込まれる施設に☑

特別養護老人ホーム

やまと
暢 寿

記載要領

申込日のみ記載

携帯電話等で連絡が
とれやすい番号

特別養護老人ホームに入所を希望したいので下記のとおり申し込みます。

1. 申込者（ご家族、他連絡先）今後、入所のご案内等はこの連絡先に致します。

連絡先	住 所	〒 066 - 0066 千歳市大和4丁目2番1号		
	フリガナ	ヤマト タロウ	続柄	電 話 番 号
	氏 名	大和 太郎	長男	090-0000-0000
	生年月日	昭和 30 年 10 月 10 日	同居の有無	☒ 同 ☐ 別

2. ご入所希望者の介護保険情報（入所希望者の方の介護保険被保険者証に記載されています。）

フリガナ	ヤマト イチロウ	性 別		生 年 月 日
入所希望者氏名	大和 一郎	男	☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭	10 年 10 月 10 日
住 所	千歳市大和4丁目2番1号		TEL	0123 - 23 - 1228
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9	要介護度	要介護 5	保険者 千歳市
介護認定有効期間	令和 1 年 6 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日			
要介護1又は要介護2の方 は該当する欄に☑してください。 ※ 下記要件のいずれか一つに該当しなければご入所することができません。				
☐ 認知症であることにより、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見られ、在宅生活が困難な状態				
☐ 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等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態				
☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難な状態				
☐ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態				
要介護3～要介護5の方 は該当する欄に☑してください。				
☐ 介護者がいない（独居生活） ☐ 介護者はいいが障害や疾病があり介護が困難 ☐ 介護者はいいが高齢等のため介護が困難				
☐ 介護者はいいが就労等で十分な介護が困難 ☒ 介護者はいいが、育児や他の家族の介護や看病のため十分な介護が困難				
☐ その他 【				

3. 入所希望者の状況

該当する箇所に☑

現 状	☐ 一人で暮らしている。 ☒ 家族と暮らしている。 ☐ 施設や病院で生活している。 ※ 施設や病院で生活されている場合 → 施設(病院)名 ()
申 込 状 況	☐ 当施設のみ申込み ☒ 他の施設も申込んでいる。(今後申込み予定) 既に申込みしている施設名 (特別養護老人ホーム暢寿園) 今後申込み予定の施設名 ()
入居希望時期	☐ 今すぐ入所の希望 令和 2 年 11 月 30 日 頃までに入所したい。
家 族 構 成	☒ 家族等と同居 ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 独居
介護者の有無	☐ 必要時に協力してくれる人がある ☒ 介護者は一人のみ ☐ 介護者はいない
介護者の年齢	☐ 60歳未満 ☒ 60～74歳 ☐ 75歳以上(介護者不在)
介護者の健康	☐ 健康である ☒ 健康に不安を抱えている ☐ 介護者も要介護者(介護者はいない)
介護可能時間	☒ 介護するのに十分な時間がある。 ☐ 一部不在な時間がある ☐ 介護する時間がほとんど取れない。(介護者はいない)
要介護者との関係	☐ 良好 ☒ 介護は行っているが疲労感が強い ☐ 十分な介護をすることができず、最低限のかかわりのみ(介護者はいない)

4. 生活・サービス利用状況

担当の介護支援専門員等にご確認ください。

待機状態	☐ 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがない ☐ 施設、病院等に入院中で退所の働きかけがある ☐ 期間制限なし ☐ 6～12ヶ月 ☐ 6ヶ月未満 ☒ 自宅など		
在宅サービス利用率	☐ 施設、病院に入所（院） ☐ 限度額の40%未満 ☒ 限度額の40～60%未満 ☐ 限度額の60～80%未満 ☐ 限度額の80%以上		
在宅サービス利用状況	☐ 施設、病院に入所（院） ☐ 十分利用している ☒ まあまあ利用している ☐ 一部、抑制している ☐ ほとんど利用していない		
介護負担段階	☒ 第4段階 ☐ 第3段階② ☐ 第3段階① ☐ 第2段階 ☐ 第1段階		
保険負担割合	☒ 第4段階にチェックしている場合⇒ ☒ 1割負担 ☐ 2割負担		
住居	☐ 施設、病院に入所（院） ☐ 快適な生活が送れている ☒ かなり居住性に問題あり ☐ 帰る住まいがない		

5. 医療の状況

現在内服薬等を服用し、治療している病

かかりつけ病院①	医療機関名（千歳第一病院）	診療科目（内科）	
かかりつけ病院②	医療機関名（）	診療科目（）	
現在治療中の病名	高血圧症、脳梗塞後遺症		
現在の医療処置等	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱カテーテル ☐ その他（）		
既往・現病歴	発症年月日	病名	病院名・処置・入院期間など
	平成25年4月1日	脳梗塞	市立千歳市民病院
	平成30年3月31日	右大腿骨頸部骨折	北星病院
	令和1年1月10日	脳梗塞再発	千歳豊友会病院

6. 経済状況について

現在治っているが、過去に入院などして治療した病気や怪我

収入種別	☒ 年金（種類：国民年金）金額 1ヶ月当たり 50,000 円 ☒ その他の収入（貸しアパートの家賃収入 150,000万円/月）
障害手帳	☐ 無 ☒ 有（1種1級）交付日 平成25年6月1日
障害名	脳梗塞後遺症による、右上下肢機能の全廃

収入の金額は、おおよそで構いません。

7. 家族の状況（申込者以外で協力いただける方）

差支えない範囲でご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	同居の有無	備考
千歳 花子	長女	昭和32年10月10日	☐ 同 ☒ 別	岩手県在住（年に3回程度来千）
大和 大輔	次男	昭和35年4月1日	☐ 同 ☒ 別	市内在住だが多忙で連絡がつきにくい
		年 月 日	☐ 同 ☐ 別	

8. 担当ケアマネジャー、入院中の場合は、担当ソーシャルワーカー

居宅介護支援事業所名	ケアマネジャー氏名	連絡先
やまとの里居宅介護支援事業所	介護 五郎	0123-27-7503

【特別養護老人ホームやまとの里又は特別養護老人ホーム暢寿園お申込みに関わる個人情報取り扱いの同意について】

私は、特別養護老人ホームやまとの里又は暢寿園の入所申込に当たり、下記の利用目的の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

- ①医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、保険者その他社会福祉団体等の連絡調整
②施設内で開催される第三者が出席する入所判定委員会 ③その他、入所判定に伴い必要な場合

入所希望者氏名	印	代筆者氏名 （代筆した場合）	印	申込者氏名	印
---------	---	-------------------	---	-------	---