介護老人福祉施設新川エバーライフ 入所申込書

申込日	令和	年	月	日
※受付日	令和	年	月	日
※受付番号				

（連絡先）　※今後郵便物などは、この連絡先にお送りさせていただきます。

〒　　－ 住 所
フリガナ 氏 名　　（続柄）
電 話　【自宅　　】【携帯　　】

※受付日・受付番号は施設で記入します。

介護老人福祉施設新川エバーライフに
入居したいので、次のとおり申し込みます。

申込先 （入所希望施設）	社会福祉法人　札幌恵友会 介護老人福祉施設　新川エバーライフ		保険者	市 町 村　　区	
			被保険者番号		
（フリガナ）		性別	要介護度	１・２・３・４・５	
氏名		男 ・ 女	要介護 認定期間	年　月　日 から	
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日（　歳）			年　月　日 まで	
現住所	〒　－ 介護保険証の住所地と異なる場合				
現況	ア 自宅で一人で暮らしている　イ 自宅で家族と暮らしている　ウ 施設・病院等に入所（院）中 ＊「施設・病院等に入所（院）中」の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 から入所・入院している				
入所希望者の状況 介護者等の状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯　イ 高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む）　ウ 独居			
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり　イ 介護者は一人のみ　ウ 介護者はいない			
	介護者の年齢	ア 60歳未満　イ 60～74歳　ウ 75歳以上又は介護者はいない			
	介護者の健康	ア 健康である　イ 健康に不安を抱えている　ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない			
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり　イ 一部不在になる時間あり　ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない			
	要介護者との関係	ア 良好　イ 介護は行っているが、疲労感が強い　ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない			
入所希望者の状況 生活・経済の状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない ＊施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間（イ 制限なし　ウ 6～12ヶ月　エ 6ヶ月未満） オ 自宅等			
	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所（院）中　イ 限度額の40%未満　ウ 限度額の40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満　オ 限度額の80%以上			
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所（院）中　イ 十分サービスを利用している　ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している　オ ほとんどサービスを抑制している			
	保険料の段階	ア 3割　イ 2割　ウ 1割			
	住居	ア 施設・病院等に入所（院）中　イ 快適な生活のできる住宅　ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある　オ 帰る住まいがない			

<table>
<tr><td rowspan="5">入所希望者の状況</td><td>入所希望時期</td><td colspan="4">ア 今すぐ入所したい　　イ　　年　　月 頃までに入所したい</td></tr>
<tr><td>医療の状況</td><td colspan="4">ア 経管栄養　イ 胃ろう　ウ 在宅酸素　エ インシュリン注射　オ その他（　　）
【現在治療中の病気・特記事項等】</td></tr>
<tr><td>特例入所の要件に該当するやむを得ない事由</td><td colspan="4">※該当すると思われる要件に□チェックを付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。
【特例入所の要件】

□ ① 認知症である者であって、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見られること。
□ ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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ること。
□ ③ 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こと。
□ ④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分で あること。

備考（以下に具体的な理由等の記入をお願いします。）

（記入者　　続柄等　　）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">・出生、学歴、職歴、結婚歴、その他</td></tr>
<tr><td>他施設申込み状況</td><td colspan="4">ア 当該施設のみ申込み　　イ 他の施設に申込んでいる又は今後申込む予定
＊既に申込みをしている他の施設名
（　　）
＊今後申込む予定の他の施設名 （　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">主たる介護者</td><td>（フリガナ）</td><td></td><td>性別</td><td>本人との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男 ・ 女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>同居の区分</td><td colspan="4">ア 同居している　　イ 別居している　（住所:　　）</td></tr>
<tr><td>意　見</td><td colspan="4">【介護をしている上で困っていること等】</td></tr>
<tr><td colspan="2">紹介居宅介護支援事業所
（又は在宅介護支援センター）</td><td colspan="4">電話番号　　（　　）
担当</td></tr>
</table>

介護老人福祉施設新川エバーライフ 入所申込書

記入例

申込日	令和	年	月	日
※受付日	令和	年	月	日
※受付番号				

※受付日・受付番号は施設で記入します。

介護老人福祉施設新川エバーライフに
入居したいので、次のとおり申し込みます。

（連絡先）　※今後郵便物などは、この連絡先にお送りさせていただきます。

〒〇〇〇 － 〇〇〇〇

住 所　**〇〇市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇番〇号**
（集合住宅の場合は名称、部屋番号をご記入ください）

フリガナ　サッポロ　タロウ
氏 名　**札幌　太郎**　（続柄）　**夫**

電 話　【自宅 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇】【携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇】

申込先（入所希望施設）	社会福祉法人　札幌恵友会 介護老人福祉施設　新川エバーライフ			保険者	〇〇　(市)町 村　〇〇　(区)
				被保険者番号	
（フリガナ）	サッポロ　ハナコ		性別	要介護度	1 ・ 2 ・ (3) ・ 4 ・ 5
氏名	**札幌　花子**		男 ・ (女)	要介護認定期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から
生年月日	明治・大正・(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 〇〇 歳）				〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 **〇〇市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号　（※介護保険証に記載されている住所をご記入ください）** 介護保険証の住所地と異なる場合**（※介護保険証の住所地以外に居住されている場合はご記入ください）**				
現況	ア　自宅で一人で暮らしている　イ　自宅で家族と暮らしている　(ウ) 施設・病院等に入所（院）中 ＊「施設・病院等に入所（院）中」の方は記入してください 施設名又は病院名：　**〇〇病院**　　所在地（市町村名のみ） 入所又は入院時期：　〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日　から入所・入院している				

入所希望者の状況	介護者等の状況	家族構成	ア　イ・ウ以外の世帯　(イ) 高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む）　ウ　独居
		介護者の有無	ア　主たる介護者以外に必要時に協力者あり　(イ) 介護者は一人のみ　ウ　介護者はいない
		介護者の年齢	ア　60歳未満　イ　60～74歳　(ウ) 75歳以上又は介護者はいない
		介護者の健康	ア　健康である　(イ) 健康に不安を抱えている　ウ　介護者自身が要介護者である又は介護者はいない
		介護可能時間	ア　十分に介護にあたる時間あり　(イ) 一部不在になる時間あり　ウ　ほとんど時間が取れない又は介護者はいない
		要介護者との関係	ア　良好　(イ) 介護は行っているが、疲労感が強い　ウ　最低限の関わりのみ又は介護者はいない
	生活・経済の状況	待機状況	ア　施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない ＊施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間（イ　制限なし　ウ　6～12ヶ月　エ　6ヶ月未満） (オ) 自宅等
		在宅サービス利用率	ア　施設・病院等に入所（院）中　イ　限度額の40%未満　ウ　限度額の40%～60%未満 (エ) 限度額の60%～80%未満　オ　限度額の80%以上
		在宅サービス利用状況	ア　施設・病院等に入所（院）中　イ　十分サービスを利用している　ウ　まあまあサービスを利用している (エ) 一部サービスを抑制している　オ　ほとんどサービスを抑制している
		保険料の段階	ア　3割　(イ) 2割　ウ　1割
		住居	ア　施設・病院等に入所（院）中　イ　快適な生活のできる住宅　ウ　一部居住性に問題がある (エ) かなり居住性に問題がある　オ　帰る住まいがない

<table>
<tr><td rowspan="5">入所希望者の状況</td><td>入所希望時期</td><td colspan="4">(ア) 今すぐ入所したい　　イ　　年　　月　頃までに入所したい</td></tr>
<tr><td>医療の状況</td><td colspan="4">ア　経管栄養　イ　胃ろう　ウ　在宅酸素　エ　インシュリン注射　オ　その他(　　)
【現在治療中の病気・特記事項等】

※今まで罹った疾患やケガ、現在治療中の疾患、アレルギーの有無、薬の副作用等、体調面で気になることがある方は、こちらにご記入ください。</td></tr>
<tr><td>特例入所の要件に該当するやむを得ない事由</td><td colspan="4">※該当すると思われる要件に□チェックを付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。
【特例入所の要件】

□ ① 認知症である者であって、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見られること。
□ ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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ること。
□ ③ 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こと。
□ ④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分で あること。

備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。)

(記入者　　続柄等　　)</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">・出生、学歴、職歴、結婚歴、その他
※例文:札幌市生まれ、高校卒、大工、昭和〇〇年頃に結婚し一男一女を儲ける　等</td></tr>
<tr><td>他施設申込み状況</td><td colspan="4">ア　当該施設のみ申込み　(イ) 他の施設に申込んでいる又は今後申込む予定
＊既に申込みをしている他の施設名
(　　)
＊今後申込む予定の他の施設名　(　**特別養護老人ホーム　〇〇〇〇**</td></tr>
<tr><td rowspan="4">主たる介護者</td><td>(フリガナ)</td><td>**ｻｯﾎﾟﾛ　ﾀﾛｳ**</td><td>性別</td><td>本人との関係</td><td>**夫**</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>**札幌　太郎**</td><td>(男)・女</td><td>生年月日</td><td>**昭和〇〇年　〇〇月　〇〇日**</td></tr>
<tr><td>同居の区分</td><td colspan="4">(ア) 同居している　　イ 別居している　(住所:　　)</td></tr>
<tr><td>意　見</td><td colspan="4">【介護をしている上で困っていること等】
※例文:物忘れが目立つようになっていたが、自宅で転倒し右大腿骨を骨折し入院した以降、物忘れがひどくなり食事をしたことを忘れたり、失禁することがありオムツを使用している。歩行が不安定で自宅内で転倒を繰り返すため、常時誰かが見守らなければならない。子供が二人いるが、共に道外在住で夫が一人で介護をしており、持病があるため、施設に入居させることを希望している。</td></tr>
<tr><td colspan="2">紹介居宅介護支援事業所
(又は在宅介護支援センター)</td><td colspan="4">**居宅介護支援事業所　〇〇〇〇**　　電話番号　**〇〇〇**(**〇〇〇**)**〇〇〇〇**
担当　**〇〇　〇〇**</td></tr>
</table>

入所判定に関する個人情報使用同意書

介護老人福祉施設　新川エバーライフ　施設長

私（入所希望者）に関する介護サービス利用等に関する基本情報及び主たる介護支援専門員、病院、施設等から得る情報について、貴施設が下記の必要範囲内において、使用することに同意致します。

記

貴施設の入所判定を円滑に実施するために行う入所検討委員会において、必要審査資料として使用する場合

令和　　年　　月　　日

入所希望者　　住所

氏名

希望家族
（代理人）　　住所

氏名　　（続柄）

社会福祉法人札幌恵友会
介護老人福祉施設　新川エバーライフ

長期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込みをいただきまして、ありがとうございます。
お申込み時に下記事項にご留意の上、それぞれご用意をお願いします。

１ □「入所申込書」　・記入要綱をご確認の上、必要事項をご記入下さい。
２ □「個人情報利用同意書」　・『利用者』欄は入所を希望されるご本人様、『ご家族様』欄は申込者（連絡先）の方の署名をして下さい。
３ □「認定調査票の写し」　・お住まいの市町村の担当課に依頼して下さい。
４ □「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下さい。
５ □「身体障害者手帳、知的障がい者手帳、精神障がい者手帳、療育手帳の写し」
・手帳を所持されている方のみご用意下さい。
６ □「直近3ヶ月のサービス利用票及びその別表」
・現在、在宅サービスをご利用の方に限り、ご用意下さい。担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）にお問い合わせ下さい。

記入もれや書類の不足がありますと、優先順位の判定ができなくなりますので、提出前に再度□へチェックの上、ご確認お願いします。

特定入所該当要件（要介護1・2の方の要件）

① 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頻繁にみられること。
・認知症高齢者の日常生活自立度のランクがⅣ以上の方が対象になります。
・ランクⅢの方でも対象となる場合がありますので、お問い合わせください。

② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと。
・障害者手帳（療育手帳を含む）を所持している方又は障害者総合支援法の対象となる疾病に該当する難病の方について、このほかの事情を勘案し個別に判断します。

③ 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こと。

④ 単身世帯である、同居家族が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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。
・札幌市においては「介護サービスや生活支援の供給が不十分である」状態ではないため原則適用されないとされておりますが、該当されると思われる場合はご相談ください。