



入所申込み及び入所決定の流れ



① 入所申込み書類を施設に提出していただきます。

- ・ 入所申込書
- ・ サービス利用票のコピー（直近2ヶ月分）
- ・ 保険証類のコピー

介護保険被保険者証 介護保険負担割合証 介護保険負担限度額認定証
後期高齢者医療被保険者証 身体障害者手帳 特定疾患医療受給者証
重度心身障害者医療費受給者証 被爆者健康手帳

② 施設内の入所判定委員会にて入所順位を決定します。

申込みをされている方の状態をもとに点数化し、定期的に関く入所判定委員会で入所順位を決めさせていただき、入所順位名簿を作成していきます。

※空室状況、入所順位に応じて、次の入所者を面接の上検討させていただきます。

③ 定期的に待機調査を実施します。

入所申込みの後の状況及び申込みの継続意思確認の為に1年に1回調査票を送らせていただきます。調査票の返信結果を確認し、入所順位の見直しを行います。

定期的な待機調査以外にも、記載事項に変更が生じた場合は、お電話にてご連絡下さい。

※上記理由から必ず調査票の返信をお願い致します。

尚、返信がない場合には「保留」という扱いとなり、施設内で作成している入所順位名簿にはお名前を載せず、保留者名簿にお名前を残させていただきます。保留状態から2年ご連絡がない場合には保留者名簿からお名前を削除させていただきます。しかし、保留中でもご連絡があり、状態が確認でき次第入所順位名簿にお名前を戻すことも可能です。

ご不明な点等ございましたら随時お問い合わせ下さい。

〈お問い合わせ先〉

特別養護老人ホーム 天赦の里

086-239-4165

担当：植野・神田



入所申込書

令和 年 月 日

本人	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名			年 月 日(歳)		
	住所	郵便番号(—)		電話番号		
		(_____ 小学校区)				

家族・申込者	フリガナ		続柄		備考	
	氏名					
	住所	郵便番号(—)		電話番号		
		(_____ 小学校区)		携帯番号		
その他連絡先	郵便番号(—)		電話番号			

支援事業所 居宅介護	事業所名		電話番号	
	フリガナ		備考	
担当者				

他申込 施設 状況	施設名1		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名2		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・入所前調査において取得した個人情報、施設で行われる入所判定の資料として使用することに同意します。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者等への入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込書が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について紹介すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印(続柄 _____)

【施設記入欄】

担当者名:

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	有効期間	年 月 日～ 年 月 日

特例入所 要件の有無	有(詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり)・無
---------------	-------------------------

介護者の 状況	()内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない
		2. 介護する者がいない()介護者が長期入院・入所 ()介護者が遠方に在住)
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が () 要介護状態 () 病気療養中 () 障害がある)
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が () 要介護状態・高齢 () 就労している () 他にも介護している () 育児している)
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。

入所者本人の 状況	()内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○ 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 () 特養(() 従来型 () ユニット型) () 老健 () 介護療養型 () 養護 () ケアハウス () 認知症グループホーム () 有料老人ホーム () 救護・更生施設(保護施設) () 障害者入所施設 () 生活支援ハウス () その他()
		施設名: _____ 担当者: _____
		2. 病院 (病名: _____ 入院: 令和 _____ 年 _____ 月から)
		病院名: _____ 担当者: _____
		3. 在宅 () 訪問介護(() 週4回以上 () 週2～3回 () 週1回) () 訪問入浴介護(() 週1回以上) () 訪問看護/訪問リハビリテーション(() 週2回以上 () 週1回) () 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 () 夜間対応型訪問介護 () 通所介護/通所リハビリテーション(() 週2回以上 () 週1回) () 認知症対応型通所介護 () 短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数合計 _____ 日) () 小規模多機能型居宅介護 () 複合型サービス

その他	()内は該当項目にチェック 該当する番号全てに○	1. 法人内のショートステイ(天赦の里・鹿田の庄・みどり乃杜)を通算60日以上利用したことがある。
		2. 法人内のデイサービス(天赦の里・みどり乃杜)を通算100日以上利用したことがある。
		3. 本人若しくは家族が生活している小学校区 (() 福浜 () 平福 () 芳泉 () 甲浦 () 小串 () 浦安 () 福島 () 南輝 () 芳田 () 芳明)
		4. 本人若しくは家族がボランティア等で当法人に寄与
		5. 居住環境が介護に適さない (居住スペースが2階以上であり、階段の上り下りが必須。但し必ず介助が必要な方に限る。) (「床が抜けている」「雨漏りが酷い」等一般生活に支障がある住宅)
		※ 上記を記入し、申込理由等ご記入ください。

特例入所申込書(入所申込書別紙)

下記のとおり、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があるの
で、特例入所の申立を行います、

令和 年 月 日

住 所 _____ 氏 名 _____
被保険者番号 _____ 要介護度 1・2
入所申込先施設 _____

1 該当事項に☑をし、具体的状況を記載してください。

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。

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。

(具体的状況)

[]

2 担当の介護支援専門員意見

[]

※「特例入所申込書」の書き方

- 1 要介護認定が1又は2の人が入所申込をする場合にのみ記入してください。
- 2 入所申込書を施設へ提出する際に一緒に提出してください。
- 3 「1. 該当事項に☑をし、具体的状況を…」
 - ・4つの「☐」のうち、該当するものに☑をしてください。
 - ・(具体的状況)は、特例入所の要件に該当しているかどうか、よくわかるように詳しく記入してください。
 - ・表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。
- 4 「2. 担当の介護支援専門員意見」
 - ・担当の介護支援専門員(ケアマネ)の方に特例入所の要件に該当するかどうかの意見を記入してもらってください。
 - ・表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。

1 (具体的状況)

[]

2 担当の介護支援専門員意見

[]