

(様式 1)

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
受付No	

〒 : ー		
住所 :		
フリガナ :	続柄	
氏名 :		
電話 : ()		
携帯 :		

下記の施設へ入居したいので、次の通り申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)		□サボーティ・もみじ台 □桜テラス平岡 □青葉のまち		保 険 者	市・町・村 区																											
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別		被保険者番号														要介護度													
	氏 名																															
	生年月日		年 月 日 () 歳		要介護		年 月 日 から												認定期間		年 月 日 まで											
	現 住 所		〒 —																													
	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. 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」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 から入所・入院している																													
	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 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有り 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(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(介護者はいない)																														
介護可能時間		ア. 十分に介護に当たる時間有 イ. 一部不在になる時間有 ウ. ほとんど時間が取れない(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. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)																														
生活・経済状況	待機状況		ア. 施設・病院等に入所(院)中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所(院)中で退所(院)の働きかけがある場合の入所(院)継続可能期間 (イ. 制限なし ウ. 6～12ヵ月 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																									
	利用者負担の割合		ア. 3割 イ. 2割 ウ. 1割																													
	収入の状況		() 年金・その他() 合計年額() 万円																													
	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																													

入居希望者の状況	入居希望時期		ア. 今すぐ入居したい イ. 年 月 頃までに入居したい					
	医療の状況	現在治療中の病気・特記事項等	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】					
		既往歴	年月日	病名	状態	年月日	病名	状態
					継続・完治			継続・完治
				継続・完治			継続・完治	
	特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例入所の要件(① ・ ② ・ ③ ・ ④) ※該当すると思われる要件に○をつけてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 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)						
その他								
他施設申込状況 ア. 当該施設のみ申し込み イ. 他の施設に申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()								
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係				
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日			
	同居の区分	ア. 同居している イ. 別居している (住所:)						
	意 見	【介護をしている上で困っていること等】						
その他の家族	氏 名	生年月日	自 宅 住 所					
		同居の区分	自宅電話		その他の連絡先			
	続柄:	同居 ・ 別居						
	氏 名	生年月日	自 宅 住 所					
		同居の区分	自宅電話		その他の連絡先			
続柄:	同居 ・ 別居							
紹介事業所 (又は担当ケアマネジャー・支援センター名)		電話番号 () ー 担当						

特例入所の要件

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・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、同居家族が高齢また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。(札幌市内に在住の方は原則対象外)