

# 神戸市 特別養護老人ホーム入所申込書

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒:					
住所:					
氏名:					
電話:	( )	( )			

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

	申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者			
入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)	性別	被保険者番号			
	氏 名	男 ・ 女				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳	要介護度 1・2・3・4・5		
	現住所	〒 _____				
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院時期: _____ 年 月 日から入所・入院している				
	入所希望理由 (該当項目を 全て選んでく ださい。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院しているため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きいこと。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等から介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい					
特例入所該当 理由(要介護 1, 2の方 のみ: 該当項目 をすべて選ん でください)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇ 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	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____ )				
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】				
同 意 書	・ 申込施設が担当ケアマネジャーから入所判定に必要な入所申込者等の状況情報を受けることに同意します。 ・ 申込施設が行う申込みの継続意思確認調査に対して、2年以上回答がなく、申込みの意思が継続していることが確認できない場合、施設が申込みを取り消すことに同意します。 ・ 今後の神戸市の施策の参考とするため、この申込書の内容を神戸市に報告することに同意します。					
	平成 年 月 日	氏 名: _____				

※「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付して下さい。

※「被保険者証(写)・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付して下さい。

## 神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票

対象者		被保険者番号							
-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ氏名：		事業所名：			連絡先電話番号：			
担当ケアマネ記入欄	年 月	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）	合計	
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所		介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）
			～Ⅱa・Ⅱb以上	有・無	%	年 月		
				点	点	点		点
意見：								

※「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。  
 ※「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。

(要介護1・2のみ) 担当ケアマネ記入欄	(該当するものすべてをを選んでください) 特例入所申込みに該当する事由	<input type="checkbox"/>	認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、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みられるため。
		<input type="checkbox"/>	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ため。
		<input type="checkbox"/>	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ため。 (市に報告されているものに限る)
		<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢者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ため。
		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
		※□にチェックを入れ、[ ]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。	

入所申込書受付日： 年 月 日		入所決定日： 年 月 日						
施設記入欄	年 月	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）	合計	
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所		介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）
			～Ⅱa・Ⅱb以上	有・無	%	年 月		
				点	点	点		点
意見：								

