

社会福祉法人 三愛
特別養護老人ホーム 市川三愛への入居をご希望される皆様へ

この度は、社会福祉法人 三愛 特別養護老人ホーム 市川三愛へのご入居希望を頂戴し、誠にありがとうございます。入居申込書（両面綴りのもの）、本人の状況申立書にご記入して頂き、記載事項確認の上、郵送又は特別養護老人ホーム 市川三愛 窓口までご提出いただきますようお願い申し上げます。尚、本人の状況申立書につきましては、ご担当の介護支援専門員の方（ご本人様の身体状況を詳しく把握されている方）にご記入をお願いいたします。

ご提出していただくもの

1. 社会福祉法人 三愛 特別養護老人ホーム 市川三愛 入居申込書（両面綴り）
2. 本人の状況申立書
3. 介護保険被保険者証コピー
4. 介護保険負担割合証コピー
5. 介護保険負担限度額認定証コピー（対象者のみ）

留意事項

1. ご提出して頂きました内容を元に、入居検討委員会にて優先順位を決定いたします。こちらから確定順位のご連絡は行っておりませんので、ご不明な点等ございましたらご遠慮なくお問い合わせください。土・日・祝日も受付はしておりますが、担当者が不在の場合は後日ご連絡させていただきます。
2. お申込み後、お申込み内容等に変更がありましたら、お手数ですがご連絡をお願いいたします。また、他施設にご入居された場合や、ご逝去されたなどによって、申込みを辞退される場合にも、必ずご連絡をいただけますようお願いいたします。

お問い合わせ先 社会福祉法人 三愛
特別養護老人ホーム 市川三愛
〒272-0802
千葉県市川市柏井町2-727
電話 047-303-6006
FAX 047-300-6003

社会福祉法人 三愛 特別養護老人ホーム 市川三愛 入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

申込者（連絡先）

氏名		緊急基準（ここは施設側の記入となります）
住所	〒	
連絡先①		
連絡先②		

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先	特別養護老人ホーム 市川三愛		保 険 者	
(フリカナ) 氏名		性別	被保険者番号	
		男・女		
生年月日	M・T・S 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	H R 年 月 日 から H R 年 月 日 まで	
要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
現住所 (住民登録地)	〒			
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	負担段階	1段階 ・ 2段階 ・ 3-1段階 ・ 3-2段階 ・ 4段階	

家族構成	氏名	続柄	年齢	住所等
主たる介護者				
同居家族				
同居以外の家族				

同意事項

※本入居申込書・入居申立書の内容を市川市へ提供することに同意します。

※本入居申込書の調査に関し、関係病院、担当介護支援専門員に確認することに同意します。

注意事項

※本人及び介護者の状況に変動があった場合は、当施設への連絡が必要です。

※この申込書に記入された内容については、入居判定以外の目的には使用しませんのでご安心下さい。

氏名

印

入居希望者及び家族の状況について

自宅で一人で暮らしている

自宅で家族と暮らしている

高齢者（70歳）のみの世帯

老人保健施設などの施設や病院に入所・入院している

入所先（ ） 入所日（ 平・令 年 月 日 ）

入院先（ ） 入院日（ 平・令 年 月 日 ）

病院や他施設等から退院・退所を求められているが在宅での介護が困難

複数の高齢者（障害児者）等を在宅で介護している

主たる介護者が生計中心者として就労している場合で、他に介護するものがない

主たる介護者が病弱で介護に支障をきたす

主たる介護者が育児、または就労（パート等）している

その他（ ）

申込み状況について

当該施設のみ申込み

他の施設も申し込んでいる

現状お困りのこと等について

[]

出身地・生活歴・好きな食べ物・趣味など

【例】〇〇県〇〇市で生まれ、〇〇人兄弟の末っ子。高校卒業後、上京し〇〇の仕事に就く。
〇〇歳で結婚し〇人の子供に恵まれる。等わかる範囲で記入をお願いします。

[]

ご家族様間で最期の迎え方についてお話されたことがありますか。

[]

本人の状況 申立書

入居希望者の身体状況等（担当の介護支援専門員に相談し、ご記入ください）

<p>身体状況</p>	<p>歩行： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>杖歩行 <input type="checkbox"/>介助歩行 <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>歩行不可 排泄： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助で可 <input type="checkbox"/>誘導必要 <input type="checkbox"/>ポータブル使用 <input type="checkbox"/>おむつ使用 食事： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り必要 <input type="checkbox"/>誘導必要 <input type="checkbox"/>全介助 入浴： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り必要 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>清拭のみ <input type="checkbox"/>全介助</p>
<p>その他身体状況</p>	<p>視力： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>弱視 <input type="checkbox"/>全盲 聴力： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴 言語： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>障害有り 麻痺： <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 具体的に（ ）</p>
<p>認知症高齢者の日常生活自立度判定基準及び精神状態</p>	<p>認知症の症状： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ありの場合： <input type="checkbox"/>Ⅰ <input type="checkbox"/>Ⅱa <input type="checkbox"/>Ⅱb <input type="checkbox"/>Ⅲa <input type="checkbox"/>Ⅲb <input type="checkbox"/>Ⅳ <input type="checkbox"/>Ⅴ 精神状態： <input type="checkbox"/>幻覚 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>睡眠障害 <input type="checkbox"/>心気症状 <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>焦燥 <input type="checkbox"/>抑うつ<input type="checkbox"/>興奮 問題行動： <input type="checkbox"/>物を口に入れる <input type="checkbox"/>物を拾い集める <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/>火の扱い <input type="checkbox"/>自傷行為 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>性的異常行為 <input type="checkbox"/>攻撃的行為 <input type="checkbox"/>不穏興奮</p>
<p>経済状況</p>	<p><input type="checkbox"/>年金 国民・厚生・共済・遺族・恩給・障害（1か月 円） <input type="checkbox"/>生活保護</p>
<p>医療の状況</p>	<p>病歴 ・ （発症日： ） ・ （発症日： ） ・ （発症日： ） ・ （発症日： ） ・ （発症日： ） ・ （発症日： ） ※現在内服されているお薬がわかるものの複写（お薬手帳又はお薬説明書） かかりつけ医： 病院名： 担当医： <input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>インシュリン注射 <input type="checkbox"/>その他（ ） 特記事項</p>
<p>担当 介護支援専門員</p>	<p>事業者名： 担当者名： 電話番号： 特記事項：</p>