

神戸市 特別養護老人ホーム入所申込書（記入例）

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒：650-8570  
 住所：神戸市中央区加納町6丁目〇-〇〇  
 □□□マンション  
 氏名：神戸太郎  
 電話：078（×××）××××

- ※1「申込日」：申込者がえがおの窓口または施設へ提出した日。
- ※2「受付日」：特別養護老人ホームが受付けた日。
- ※3「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。  
 本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。  
 （代筆の場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。）

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)	特別養護老人ホーム〇〇園	保険者	神戸市
(フリガナ)	コウベハナコ	性別	
氏名	神戸花子	男・女	
生年月日	明(大)昭8年3月3日 歳	要介護認定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目〇-〇〇 □□□マンション301		
入所申込者の状況	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" 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（市区区のみ） ◇ 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"/> 介護する者が病気で長期入院しているため。 <input checked="" 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ため。 <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 checked="" type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい	
	医療の状況	<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( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】 特になし	
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input checked="" 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 (△△△ホーム) ( ) ( )	
主たる介護者	(フリガナ)	コウベタロウ	性別
	氏名	神戸太郎	男・女
	同居の区分	<input checked="" 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】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。ホームヘルプサービスを受けているが、夜間は私が介護している。私自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。	
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。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 氏名：神戸太郎		

- ※4「要介護度」「要介護認定期間」：被保険者証の内容を記入してください。
- ※5「現況」：該当するもの、いずれか1つに“レ”をいれてください。
- ※6「施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名・所在地、ならびに入所・入院時期を記入してください。
- ※7「入所を希望する理由」：該当するものに、“レ”をいれてください。（複数でも可）
- ※8：入所希望時期をご参考に記載してください。
- ※9「医療の状況」：該当するものに、“レ”をいれてください。（複数でも可）  
 治療中の傷病名や、医療にかかる配慮事項を記載してください。
- ※10「申込状況」：いずれか1つに“レ”をいれてください。  
 参考までに、既に申込みをしている特別養護老人ホームと、これから申し込む予定の特別養護老人ホームの名称を記載してください。
- ※11「主たる介護者」：主に介護を行っている方について、ご記入ください。  
 また、同居、別居のいずれかに“レ”をいれてください。  
 老人保健施設や病院等に3か月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3か月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者を記入してください。自宅に戻っても介護者がいない場合は空欄にしてください。  
 養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。  
 意見欄には、家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。
- ※12「同意書」：申込者が同意してください。（ケアマネジャーによる代筆も可能です。）  
 （代筆の場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。）

※「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か月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付して下さい。(H27.4)

神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票 (記入例)

対象者	神戸花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-----	------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

担当ケアマネ氏名： <b>兵庫△子</b>		事業所名： 居宅介護支援事業所○○○ステーション		連絡先電話番号： 322-XXXX			
担当ケアマネ記入欄	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)
	2	～IIa・ <b>IIb以上</b>	有・ <b>無</b>	61%	年月		
年	30点		25点	点	15点	70点	
月	意見：息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。ホームヘルプサービスを受けているが、夜間には夫(要支援1)が介護している。夫自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けることを希望されている。						

※「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か月の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。

※1 老人保健施設、療養病床等に入所・入院中の場合は、老人保健施設等のケアマネジャーのほか、相談員、MSW等、本人の状況をよくご存知の方が記載してください。

※2 「要介護度」「認知症の程度」：被保険者証、認定調査票の内容を記載してください。

※3 「知的障害・精神障害等」：療養手帳・精神障害者保健福祉手帳・医師の診断書等の書類により確認してください。

「在宅サービス利用率」：要介護度別の支給限度基準額(単位)に対する実際のサービス利用額(単位)の割合です。過去3か月の平均利用率により記載してください。

老人保健施設や病院等に入所・入院中の方は、在宅サービス利用率の指標化が適切でないので評価基準を適用しません。

点数欄には、入所指針の別紙1評価基準の点数を記載してください。

※4 「意見」：特養の入所が適当と思われる理由(本人の状態や家庭での介護の困難性等)や、指針の評価基準では反映されない特別な事情等についてご意見を記入してください。

※5 要介護1、2で申込みされる方は、必ず該当する項目の口にチェックを入れ、[ ]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(介護支援経過記録など)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記入してください)	<input checked="" 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 checked="" 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。
		昼夜逆転し、生活リズムが不規則になっている。また、外出を好み、勝手に外出しようとすることも増え、夫の見守りだけでは限界に近い状態である。	
		※口にチェックを入れ、[ ]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。	

※6 「施設記入欄」：申込みを受付けた特別養護老人ホームで記載する欄です。

入所申込書受付日： 年 月 日		入所決定日： 年 月 日					
施設記入欄	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		
年	点		点	点	点	点	
月	意見：						