

社会福祉法人 せとうち

特別養護老人ホーム プレジール箕島

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

## 入所申込案内

### 1、必要書類

- ①特養入所申込書
- ②調査票(ケアマネジャー、相談員等記入)
- ③介護保険証のコピー
- ④直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表の写し(該当者のみ)
- ⑤介護支援専門員等意見書(該当者のみ)
- ⑥介護保険負担限度額認定証のコピー(お持ちの方のみ)

※①、②、③の書類がないとお申込みの受付ができませんので、ご注意ください。

### 2、お申込みについて

※申込必要書類を窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申込みください。  
施設見学に来られる際は、事前にご連絡ください。

※記入漏れ、書類の不備・不足等がございますとお申込み完了とされない場合がございます。  
また、【介護上の悩みや困っていること】が入所判断に重要な要素となりますので、  
出来る限り詳しくご記入ください。

※要介護度変更、介護状況変化、ご連絡先変更等の際は必ずご連絡ください。

※「社会福祉法人せとうち特別養護老人ホーム入所に関する指針」に従い、入所の必要性が  
高い方から入所決定となります。  
申込み順ではございませんので、ご理解の上お申し込みいただきますようお願いいたします。

※他の特別養護老人ホームへ入所決定となった場合や、事情により申込みを  
キャンセルされる場合は、必ず当施設へご連絡いただき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 せとうち  
特別養護老人ホーム プレジール箕島  
ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

〒721-0957

福山市箕島町7504番地3

TEL 084-920-2560

FAX 084-920-2561

提出日 年 月 日

ユニット型特別養護老人ホームプレジール箕島 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。		
	年 月 日	氏名	印

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	
		電話	( )
		携帯	( )
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリカナ	性別	保険者	
	氏名	印	男・女	被保険者番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護状態区分
	現住所	〒 一		要介護(1・2・3・4・5)
	状況	<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"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月頃から		
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	特例入所の理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃 (まで・以降) 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"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみでの申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名： )		
主介護者	フリカナ	性別	入所申込者との関係	
	氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
その他の介護者	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係





介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介護支援専門員等の意見	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 内容：	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	
	<input type="checkbox"/> その他 内容：	
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

提出日 年 月 日

特別養護老人ホームプレジール箕島 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。 記入例

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前 ㊟
-----	--

申請者 (連絡先)	〒0000-0000 住所 00県00市00町0000-00	名前	00 00
		電話	000 (000) 000
		携帯	000 (000) 000
		入所申込者との関係	000

入所申込者の状況	フリガナ		性別	保険者			
	名前	00 00印	男・女	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	生年月日	年 月 日	要介護状態区分	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
	現住所	〒0000-0000 00県00市0000-00	要介護認定有効期間	00 年 00 月 00 日から 00 年 00 月 00 日まで			
	状況	<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"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名: 0000ホーム・0000病院 ※所在地: 00県00市 ※入所又は入院時期: 年 月頃から					
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃 (まで・以降) 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"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名: 0000ホーム )					
主介護者	フリガナ	000 000	性別	本人との関係	00		
	名前	000 000	男・女	生年月日	年 月 日		
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
その他の介護者	名前	00 00	年齢	00歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	長男
	名前	00 00	年齢	00歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	長男嫁
	名前	00 00	年齢	00歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	次男
	名前	00 00	年齢	00歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	孫
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕 自宅で一人暮らしをしている。家族は他県で介護困難な為、入所を希望した。 現在〇〇病院入院中。退院してからの在宅生活は、認知症状等みられるため難しい。	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（居宅介護支援事業所〇〇〇〇）名前（〇〇 〇〇） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】 申し込み後の問い合わせや相談があった際の記録を記載していきます。
---

**お願い**

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。  
連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。