令和　　年　　月　　日

ご家族様・ご担当者　様

〒920-0001 石川県金沢市千木町ホ３－１
社会福祉法人　　千木福祉会
特別養護老人ホーム　千木園
ＴＥＬ.076-257-0950　ＦＡＸ.076-257-0951
ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ http://www.sengi.jp/sengien/
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ sugayachi@sengi.jp
担当　菅谷内

入居申込書類のご案内

拝啓　毎々格別のご高配を賜り御礼申し上げます。
当園の入居申込書類は下記の通りですのでご査収願います。　　敬具

入居申込は原則として要介護③④⑤の方となります。
要介護１や要介護２の方は市町村に資料を提出し、特例入所の対象者となるか認められれば申し込み待機や入所が可能となる手順となります。

記

同封書類

１．入居申込書【様式第１号】…ご家族でご記入下さい。下記の同意書欄にもサインと捺印をお願いします。（行政機関に申し込み状況を報告するにあたり、個人情報を取り扱わせていただくための同意です）
２．介護支援専門員意見書【様式第３号】　…介護支援専門員の方に依頼して下さい。
３．入居希望者状態表　　…介護支援専門員の方に依頼して下さい。
４．介護保険証のコピーを添付して下さい。

※在宅サービスをご利用の方は、
　直近から③ヶ月分の『サービス利用票および別表(写)』を添付して下さい。
※介護保険負担限度額認定証もお持ちでしたらコピーを添付して下さい。
※介護保険負担割合証のコピーも添付してください。（必須ではございません）

注①上記の４点が揃いませんと登録できませんのでご注意願います。
　必要書類が揃いましたらお手数ですが当園まで直接お持ちいただくか、
　困難な場合は郵送して下さい。

注②介護度、介護者の状況の変化及び更新等がありましたら再評価申込書【様式第２号】と、新しい介護保険被保険者証のコピー・入居希望者状態表を提出して下さい。
　利用している居場所が変更された際もご連絡いただけると幸いです。
　入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。
　ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

以上

様式第１号

石川県　指定介護老人福祉施設入居申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

特例入居の事由	□有	□無

申込者（連絡先）

〒　：　　ー
住所：
氏名：　　本人との関係：
電話：　　（　　）　**携帯電話**

申込先（入居希望施設）		特別養護老人ホーム　**千木園**　☎257-0950		保険者	
入居希望者の状況	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		性　別	被保険者番号	
	氏　名		男　・　女	要介護度	
	生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日（　　）歳		要介護認定有効期間	Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日から Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日まで
	現住所	〒　　ー　　TEL　　（　　）			
	現　況	□自宅で一人暮らししている　□自宅で家族と暮らしている □施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名：　　◇所在地（市町村名） ◇入居又は入院期間：平成　　年　　月　　日から　（入居　・　入院）　している			
	介護者の状況	□介護する者がいない。 □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 □介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。			
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□インシュリン注射　□透析　□喀痰吸引　１日（　　）回程　□その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名　　医療機関名 医療機関所在地　　TEL　　（　　）			
	障害の状況	□視覚障害　□聴覚障害　□言語機能障害　□知的障害　□精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳（写）等を提出してください。			
	申込状況	□当該施設のみ申し込む。 □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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		性　別	本人との関係	
	氏　名		男　・　女	生年月日	明･大･昭･平　　年　　月　　日
	同居の区分	□同居している　□別居している　（住所：〒　　ー　　TEL　　―　　）			
	意　見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和　　年　　月　　日 氏　名：　　印				

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。

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

※※医療または介護の「負担限度額認定証」があれば添付してくださると、料金説明時の参考にさせていただきます。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

（ 裏 面 ）

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）
●該当する事由に印を付けて下さい。 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である
●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

様式第３号

介護支援専門員意見書

記入日　　令和　　年　　月　　日

入居希望者	（フリガナ） 明･大･昭　　年　　月　　日（　　）歳	男・女	〒　　ー 家族連絡先

上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。

療養型病院の場合どちらにいますか
- □ 医療療養型
- □ 介護医療院

老人保健施設の場合どちらにいますか
- □ 一般棟
- □ 認知症専門棟

介護支援専門員氏名

居宅介護支援事業所名　　TEL　　ー　　ー

病院や施設のソーシャルワーカー　　FAX　　ー　　ー

事業所所在地　　電話番号

意見記入欄

【本人の状態】

●要介護度：　１・２・３・４・５

●認知症高齢者の日常生活自立度（※特例入所の場合のみ記入）：　正常・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ

●知的障害・精神障害等の程度：　有　・　無

⇒有の場合　：療育手帳　　級　・　精神障害者保健福祉手帳　　級　・　身体障害者手帳　　級

●その他（　　）

【本人の心身の状況及び生活の状況】

【家族・介護者等の状況】

【在宅生活継続の可能性】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方（病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

（ 裏 面 ）

特例入居の要件に該当する事由について
●該当する事由に印を付けて下さい。 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である
●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

入居希望者状態表

令和　　年　　月　　日　現在

ふりがな		性別	生年月日	年齢	要介護度
氏名		男 ・ 女			

生活・職歴		趣味	
主な疾病		内服内訳	
特記事項			
身長	cm	体重	kg

食事	主食	軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー ・ (　　)			家族構成(☆キーパーソン)	
	副食	軟菜・ (1cm角)粗キザミ ・ 極キザミ ・ ミキサー				
	水分	牛乳 ・ヤクルト ・コーヒー ・その他(　　)				
	とろみ状況	なし・薄く・はちみつ状・強く	治療食			
	道具	箸 ・ スプーン ・ エプロン ・ その他(　　)				
	むせ	よくむせる ・ ときどきむせる ・ むせない				
	摂食状況	自分でたべれる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要				
	特記事項					
起立・移動	起立状況	立ち上がれる ・ 介助があれば立ち上がれる ・ 立ち上がれない				
	使用品	杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他(　　)				
	移動状況	自分でできる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要				
	移乗状況	自分でできる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要				
	転倒	よくころぶ ・ ときどきころぶ ・ ころばない	転倒歴	有 ・ 無	骨折歴	有 ・ 無
	特記事項					
排泄	排泄方法	トイレ ・ ポータブル(常時・夜間のみ) ・ オムツ ・ その他(　　)				
	排泄状況	自分でできる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要				
	使用品	布パンツ ・ 尿とりパット ・ 紙パンツ ・ 紙オムツ ・ その他(　　)				
	特記事項					
整容	着脱状況	自分で着替えられる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要				
	口腔ケア			義歯	有 (上・下) ／ 無	
入浴	方法	座位式機械浴 ・ 臥位式機械浴 ・ 一般浴		自分で洗える・一部介助が必要・全て介助が必要		
認知症	夜間不眠	よくある ・ ときどきある ・ ない	徘徊	よくある ・ ときどきある ・ ない		
	異食	よくある ・ ときどきある ・ ない	大声を出す	よくある ・ ときどきある ・ ない		
	特記事項					
視力	よく見える ・ 大きなものは見える ・ ほとんど見えない ・ まったく見えない			眼鏡	使用 ・ 未使用	
聴力	よく聴こえる ・大きな声なら聴こえる ・ほとんど聴こえない ・まったく聴こえない			補聴器	使用 ・ 未使用	
その他						

特別養護老人ホーム　千木園

様式第２号（※初回申し込みの際は、こちらは不要です。第１号様式にご記入ください）

石川県　指定介護老人福祉施設入居再評価申込書

（　　回目）

当初申込日	令和　　年　　月　　日
申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

〒　：　　ー
住所：
氏名：　　本人との関係：
電話：　　（　　）　　携帯電話　（　　）

申込先（入居希望施設）		特別養護老人ホーム千木園		保険者	
入居希望者の状況	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		性　別	被保険者番号	
	氏　名		男･女	要介護度	
	生年月日	明･大･昭　　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
	現住所	〒　　ー　　TEL　　（　　）			
	再評価申込みの理由 （前回からの変更点等）	□要介護度の変更　　前回　要介護度（　　）⇒今回（　　） □介護者の状況の変化 □居宅サービス利用状況の変更 □認知症の状況の変化 □その他個別の事情の変化 （具体的な内容等）			
主たる介護者	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		性　別	本人との関係	
	氏　名		男･女	生年月日	明･大･昭･平　　年　　月　　日
	同居の区分	□同居している　□別居している（住所：〒　　ー　　TEL　　―　　）			
	意　見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和　　年　　月　　日 氏　名：　　印				

※「被保険者証(写)」「直近③ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」「要介護認定調査票（写）（特例入居の場合のみ）」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

別途　入居者状態表もなるべくご記入頂けると、最新状況の確認に役立たさせていただきます。