

社会福祉法人鶴来会 特別養護老人ホームあじさいの郷
入居申し込みの手続き

➤ 入居指針

入居については「介護の必要度および家族等の状況から、特別養護老人ホームのサービスを受ける必要性が高いと認められる人が優先的に入居できる」となります。

➤ 入居対象者について

①要介護3から要介護5までの要介護者

②要介護1又は2の要介護者であってその心身の状況、その置かれている環境、その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営む事にやむを得ない事由がある。特例的な施設への入所が認められるもの。

➤ 申し込み方法

以下の必要書類を、当施設までご提出ください。

1. 特別養護老人ホームあじさいの郷 入居申込書（様式第1号）
2. 特別養護老人ホームあじさいの郷 入居申込用介護支援専門員意見書（様式第3号）
3. 直近3ヶ月分のサービス利用票およびサービス利用票別票の写し（居宅サービスを利用している方のみ）
4. 介護保険被保険者証の写し
5. 要介護1又は2の認定を受けている方については、一度あじさいの郷へご連絡ください。

➤ 申し込み後について

申し込みいただいた資料を基に定期的に入所判定会議を行います。最新の情報にて入所判定会議を行いたいと思いますので、以下のようなことがございましたら必ず当施設までご連絡ください。

- 入居申し込みを辞退する場合（申込辞退届の提出）
- 要介護度の変更（介護保険被保険者証の写しを再提出してください）
- 本人の状態・環境の変化（様式第2号）
（体調の変化、他施設への入所、医療機関への入院・退院、死亡など）
- 介護者の状態・環境の変化（様式第2号）
（連絡先の変更、転勤・入院、介護が困難になったなど）

※当施設より近況確認のご連絡をする場合もございます。また、郵送にて待機者調査を行なう事となります。お手数ですがその時の現状、様子、入所意思に関して返答いただくようお願い申し上げます。

＜問合せ先＞

さと
社会福祉法人鶴来会 特別養護老人ホームあじさいの郷
〒920-2132
石川県白山市明島町春 130 番地
TEL：076-273-0123 FAX：076-273-3939
担当者：中野 ・ 中田

特別養護老人ホームあじさいの郷 入居申込書

申込日：令和 年 月 日

申 込 者	(フリガナ) 氏 名	
	住 所	〒
	TEL	

特別養護老人ホームあじさいの郷に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	()	生年月日	年	月	日
	現 住 所	〒				
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	現 状	☐ 自宅で一人暮らしをしている ☐ 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（病院）名： 年 月から入所（入院）している ▶入所（入院）期間：				
	入居を希望する 理由 (該当するもの をすべて選んで ください)	☐ 介護する者がいないため ☐ 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なため ☐ 介護者が就労していることから十分な介護が困難なため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 施設や病院など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 ☐ その他 ()				
	入居希望時期	☐ 今すぐ入居したい ☐ 令和 年 月頃までに入居したい				
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ その他 () 【現在治療中の病気・特記事項】 【かかりつけ医】 医 師 名： 医療機関名： 医療機関 TEL：				
	申込状況	☐ 当施設のみ申し込む ☐ 他の施設も申し込んでいる、また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 () ▶今後申し込む予定の他の施設 ()				
主 たる 介 護 者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年	月	日
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居 住所：〒 TEL：				
	意 見	【介護上困っていること等】				
介護支援専門員		担当者名： 事業所名： 事業所 TEL：				
同意書		県または市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名： ⑩				

特別養護老人ホームあじさいの郷入居申込用
介護支援専門員意見書

事業所名

介護支援専門員氏名

記入日：令和 年 月 日

1.入居希望者の状況

(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日				
		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女		
現 住 所		〒					
要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	要介護 認定期間	令和 令和	年 月 日 年 月 日	から 日まで	
認知症による 不適応行動		【頻度】 ☐ 非常に多い ☐ やや多い ☐ 少しあり ☐ なし 【具体的行動】 認知症高齢者日常生活自立度 【 】					
A D L の 状 況 等	起 居	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	移 乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	移 動	☐ 独歩 ☐ 杖・歩行器 ☐ 車椅子使用（自操・介助）					
	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 主食（ 常飯 ・ 粥 ・ ミキサー ） 副菜（ 常菜 ・ 粗キザミ ・ キザミ ・ ミキサー ）					
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 形態（ トイレ ・ ポータブル ・ おむつ内排泄 ） 尿意（ ＋ ・ － ） 便意（ ＋ ・ － ）					
	入 浴	☐ 一般浴 ☐ リフト浴 ☐ 特殊浴槽					
	更 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	整 容 (洗面・口腔)	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
在宅サービス利用 限度額割合		☐ 60%以上 ☐ 50%以上 ☐ 30%以上 ☐ 30%未満 ☐ 利用なし					
負担限度額		☐ 4段階 ☐ 3段階 ☐ 2段階 ☐ 1段階	負担割合証	☐ 1割 ☐ 2割 終了期間 年 月 日			

2.主たる介護者・家族等の状況

続 柄		年 齢	
世帯の状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他		
介護負担	☐ 重い ☐ やや重い ☐ 軽い ☐ 負担なし		
障害・疾病	☐ なし ☐ あり（ 介護困難 ・ 多少困難 ・ 介護可能 ）		
育児や家族の病気	☐ なし ☐ あり		
他の要介護者	☐ なし ☐ あり（ 要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
介護の関わり方	☐ 普通 ☐ やや消極的 ☐ 消極的 ☐ 介護拒否		
他の介護協力者	☐ 常時あり ☐ 随時あり ☐ ほとんどなし ☐ なし 介護協力者との関係（ 同居家族 ・ 親族親戚 ・ 近隣者 ・ その他 ）		
その他特記事項			

3.介護支援専門員の意見（記入しきれない場合は別紙を添付してください）

--

特別養護老人ホームあじさいの郷 入所意向確認書
(回目)

当初申込日：令和 年 月 日

今回申込日：令和 年 月 日

申 込 者	(フリガナ) 氏 名	
	住 所	〒
	TEL	

入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	()	生年月日	年	月	日
	現 住 所	〒				
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	再評価申し込み の理由 (前回からの変 更点)	☐ 要介護度の変更 ☐ 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 ☐ その他事情の変化 【上記の変更、変化について具体的な内容をご記入下さい】				
	負担割合証【 割】	負担限度額認定証 有【 段階】・無				
	現状：☐ 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（病院）名： ▶入所（入院）期間： 年 月から入所（入院）している					
入居希望時期	☐ 今すぐ入居したい ☐ 令和 年 月頃までに入居したい					
主 た る 介 護 者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年	月	日
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居 住所：〒 TEL：				
	意 見	【入所意向】 ☐ 強く希望する ☐ 順番が来たら希望する ☐ 現在は希望しない		【困っている事】		
介護支援専門員	担当者名： 事業所名： 事業所 TEL：					
同意書	県または市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名： ⑩					

入居申し込み辞退届

特別養護老人ホーム あじさいの郷 施設長様

【辞退日】

令和 年 月 日

【入所申込者住所】

【入所申込者氏名】

私は、貴施設への入所申込を下記の事由により辞退いたします。

記

1. 他の施設入所決定のため
2. 入院治療のため
3. 死亡のため
4. その他 ()

※辞退事由が3. 死亡のための場合のみ、介護支援専門員の代理提出を認めます。
入所申込者氏名、住所、捺印は不要です。下記の内容を確認し、記入後提出下さい。

【事業者名】

【介護支援専門員氏名】

印