

特別養護老人ホームはるばてお大宮入所申込案内

社会福祉法人 悠揚会
特別養護老人ホームはるばてお大宮
施設長 渋谷 正泰

1. 入所申込に必要な書類等

- ①特別養護老人ホームはるばてお大宮 入所申込書（１）（２）
添付の「入所申込みの手続き及び入退所に対する評価基準についての説明文」
をお読みいただき、ご記入をお願いします。
- ②特別養護老人ホームはるばてお大宮 入所希望者現況届（１）（２）
できるだけ詳しくご記入ください。
- ③介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の写し
- ④サービス利用票・別表の写し（直近３カ月分）
担当ケアマネジャーが発行する、在宅サービス等の利用票と別表をご提出ください。

2. 入所申込を取り下げる際に必要な書類

特別養護老人ホームはるばてお大宮 入所申込取り下げ書
ご記入のうえ、ご持参または郵送をお願いします。

3. 個人情報について

入所申込、取り下げに関していただく情報は、入退所検討委員会、保険者（市町村）
への報告、入退所に係る手続き以外に使用することはありません。

4. その他

- ・入所については、さいたま市の基準に則って順位を決定しますので、申込み順
ではありません。
- ・障がい者手帳やお薬手帳をお持ちの方は、その写しを申込書に添付ください。

ご不明な点は、小さなことでもご遠慮なく生活相談員までお問い合わせください。

担当者：はるばてお大宮 生活相談員
TEL 048-645-1050
FAX 048-642-0080

特別養護老人ホーム はるばてお大宮 入所申込書(1)

申込日	年	月	日
面接日	年	月	日
受付日	年	月	日
有効期限	受付日から 年 月 日まで		

特別養護老人ホーム はるばてお大宮 施設長様

提出者	住所	〒	
	フリガナ氏名	本人との関係	
	電話番号	(自宅) (携帯)	

申込者(入所を希望する方)の状況

フリガナ氏名	男・女	介護保険	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 歳	保険者 被保険者番号	
住所	〒	介護認定 期 間	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
現在の居場所	(1)	自宅または自宅以外の家族の家()で生活		
	(2)	老人保健施設・病院・有料老人ホーム(介護付・住宅型)・グループホーム・他() (施設名・病院名)に 年 月 日より入院・入所中		
	(3)	ショートステイ(施設名)を長期利用中		
	(4)	その他()		
担当ケアマネジャー	(事業所名) (所在地)	(氏名) (電話番号)		
入所を希望する理由	(1)	主たる介護者が不在 ① いない(音信不通を含む) (具体的な理由) ② 長期入院・施設入所等によりいない		
	(2)	主たる介護者はいるが介護が困難 ① 高齢(歳) ② 障害(手帳有・無)(障害名) ③ 複数人の要介護者(人) (要介護度等の状況) ④ 就業() ⑤ 育児()		
	(3)	地域の介護サービス等に不足がある ① 夜間の介護サービス ② 訪問診療や訪問看護等の医療系サービス ③ 常時の見守り ④ 家事支援等の安価なサービス活動等 ⑤ その他()		
	(4)	その他()		
認知症等による行動障害	①～⑮のうち症状がない場合は空欄、1か月間に1回以上で1週間に1回未満に現れる行動に△を、1週間に1回以上現れる行動に○をして下さい			
	① 徘徊	② 外出して戻れない	③ 被害的	
	④ 大声を出す	⑤ 介護に抵抗	⑥ 収集癖	
	⑦ 一人で出たがる	⑧ 物や衣類を壊す	⑨ 昼夜逆転	
	⑩ 作話	⑪ 感情が不安定	⑫ 同じ話をする	
	⑬ 落ち着きなし	⑭ ひどい物忘れ	⑮ 独り言・独り笑い	

特別養護老人ホーム はるばてお大宮 入所申込書(2)

介護者の状況

(1) 主たる介護者(有・無)										
フリガナ 氏名		男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日生	歳	続柄	
同居区分	① 同居 ② 別居(具体的な状況)									
(2) 従たる介護者(有・無)										
フリガナ 氏名		男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日生	歳	続柄	
同居区分	① 同居 ② 別居(具体的な状況)									

要介護1又は2の方のみ、該当する特例入所の要件を選択してください。

やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由	
ア	認知症があり、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられる
イ	知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられる
ウ	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
エ	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ない 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

その他

入所希望する時期	(1) 今すぐ入所したい (2) 年 月頃までには入所したい
申込の状況	(1) はるばてお大宮のみに申し込む (2) 他の施設に申し込んでいる (施設名)

説明確認・同意

私は、入所申込の際、入所に関する手続き、入所申込みの有効期間及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。

また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。必要に応じて担当ケアマネジャー・入院所先等に情報提供を求めることに同意します。

年 月 日 氏名

※被保険者証(写)、サービス利用票(写)及びサービス利用票別表(写)(概ね直近3か月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設にご連絡ください。

※申込書の有効期間は受付日から2年間です。入所申込みを継続する場合は、「入所申込み継続願」を提出してください。

特別養護老人ホーム はるばてお大宮 入所希望者現況届(1)

入所希望者氏名		記入日	年	月	日
記入者氏名		続柄			

※以下わかる範囲でご記入ください。

(1) 医療の状況					
治療中の病気等					
主治医	(医療機関名) (診療科) (主治医名)				
既往症等					
必要な医療行為	① 経管栄養(胃ろう・経鼻) ② インシュリン注射 ③ 気管切開 ④ 点滴 ⑤ 吸引 ⑥ ストマ ⑦ 褥瘡(部位等) ⑧ 尿道カテーテル・膀胱ろう・腎ろう ⑨ その他()				
(2) 身体の状態(複数あてはまる場合は複数回答可)					
視力	右	① 普通	② 見えにくい	③ ほとんど見えない	④ 見えない
	左	① 普通	② 見えにくい	③ ほとんど見えない	④ 見えない
聴力	右	① 普通	② 聞こえにくい	③ ほとんど聞こえない	④ 聞こえない
	左	① 普通	② 聞こえにくい	③ ほとんど聞こえない	④ 聞こえない
口腔	① 自歯	② 一部義歯	③ 総義歯	④ 歯がない	
言葉	① 普通	② 聞き取りにくい	③ 単語・発声のみ	④ 話せない	
歩行	① 自立	② 見守り	③ 補助具(杖・4点杖・シルバーカー・歩行器)		
	④ 介助者の支え		⑤ 這う	⑥ 歩けない	
車いす	① 使用しない	② 自分で駆動	③ 介助	④ ベッドから降りない	
食事	① 自分で食べる	② 一部介助(介助方法)			③ 全面介助
排泄	① 自分で行う		② 一部介助(介助方法)		③ 全面介助
	④ ポータブルトイレ	⑤ 尿器	⑥ パット	⑦ リハビリパンツ	
	⑧ その他()				
入浴	① 自分で行う		② 一部介助(介助方法)		③ 全面介助
	④ デイサービス等施設で			⑤ 訪問入浴	⑥ 訪問介護
(3) こころ・認知機能の状況(具体的な状態や行動をご記入ください)					
認知症状					
精神症状					
(4) 障害					
障害者手帳	① 無				
	②	有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 種)			
	(障害名) (取得日 年 月 日)				

特別養護老人ホーム はるばてお大宮 入所希望者現況届(2)

(5) 家族等の状況(差支えない範囲でご記入ください)

同居	氏名	年齢	続柄	職業
別居	氏名	年齢	続柄	住まいの市区町村
その他 (成年後見等)	氏名	年齢	関係	

(6) 生活する上で困っていること、申込項目では書ききれなかったこと、ご希望等あれば具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

(様式10)

特別養護老人ホームはるばてお大宮入所申込取下げ書

年 月 日

特別養護老人ホームはるばてお大宮施設長 様

提出者

住所:

氏名:

私は、先に提出した「特別養護老人ホームはるばてお大宮入所申込書」を
下記のとおり取下げます。

記

1 申込み日

年 月 日

2 入所申込者

住所:

氏名:

3 取り下げる理由

(該当する箇所には○をつけてください。その他の場合は理由を記してください。)

(1)他の施設への入所

(2)死亡(年 月 日)

(3)その他()