

入所・入居申請について

○申請に必要な書類は下記の5点です。

①入所・入居申請書

②対象者状況調査票（別紙1）

③入所・入居調査票（別紙2）

④直近3ヶ月分のサービス利用票（写）及びサービス利用票別表（写）

⑤介護保険証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証（該当者のみ）

医療保険証類【後期高齢者医療被保険者証、重度心身障害者医療費受給者証（該当者のみ）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（該当者のみ）】

※介護・医療保険証類等は写しをご用意下さい。

※③④については、ご担当の居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）へご相談下さい。

○書類提出（送付）先

〒640-8453 和歌山市木ノ本1837番地の1

社会福祉法人順風会 宛

○書類に関しては郵送もしくはご持参下さい。

その他、ご不明な点などがございましたら、お気軽にお電話下さい。

特別養護老人ホーム君里苑

和歌山市木ノ本1837-1

073(454)9820 【担当：北野】

住宅型有料老人ホームアトリオきみさと

和歌山市古屋153-9

073(453)1660 【担当：中村】

特別養護老人ホームソソリッサきみさと

和歌山市つつじヶ丘5丁目3番地の2

073(480)5888 【担当：吉居】

住宅型有料老人ホームアトリオつつじ

和歌山市つつじヶ丘5丁目3番地の3

073(454)7171 【担当：上田】

住宅型有料老人ホームアトリオ岬

大阪府泉南郡岬町深日1308

072(492)6678 【担当：福角】

入所・入居申請書

申請日		年 月 日			
対象者	フリガナ 氏名	男 ④ 女	要介護度		更新年月日
			1・2・3・4・5・変		年 月 日
	住所		生活保護	年金	負担割合
			有・無	国・厚	1割・2割・3割
生年月日			居宅介護支援事業所名		
申請者	フリガナ 氏名	男 ④ 女	続柄		
			電話番号		
	住所		携帯電話		
			勤務先名		
生年月日			TEL		
申請理由		1. 現在、在宅サービスを利用している 2. 現在、在宅サービスを利用しているが、在宅生活が困難な為 3. 施設等に入所（入院）しているが、退所（退院）の話が出ている為 4. 一人暮らしで、介助者がいない為 5. その他（ ）			
医療状況		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他			
障害状況		<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害			
現在状況					
添付書類		<input type="checkbox"/> 対象者状況調査票（別紙1） <input type="checkbox"/> 入居調査票（別紙2） <input type="checkbox"/> 直近3ヶ月分のサービス利用票（写）及びサービス利用票別表（写） <input type="checkbox"/> 介護保険証（写）、医療保険証類等（写）			
希望度		<input type="checkbox"/> 君里苑 申請時（ ） 年 <input type="checkbox"/> ソソリッサきみさと 申請時（ ） 年 <input type="checkbox"/> アトリオきみさと 申請時（ ） 年 <input type="checkbox"/> アトリオつつじ 申請時（ ） 年 <input type="checkbox"/> アトリオ岬 申請時（ ） 年 例：A今すぐ希望 B空きが出れば希望 C身体状況に応じて希望 D将来的に希望			

(別紙2)

入所・入居調査票

対象者氏名		被保険者番号											
受付番号		保険者											

ケアマネジャー記入欄	事業所名				連絡先電話番号			
	担当ケアマネジャー氏名				職 種			
	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率		合 計		
	1・2・3・4・5 その他 ()	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者あり	%				
				<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中				
				点	点	点		
	【本人の心身の状況】 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> 入所(入居)についての本人の意思 (同意している・同意していない) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	【介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる (人) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	【在宅生活に支障のある状況】 <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 施設や病院等の入所(入院)者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> 申込みに関する本人の意思 (
	【住環境】 <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()							
【参考項目】								
歩行	独歩・杖・歩行器・車椅子・寝台	困難理由: ()						
入浴	自立・一部介助・全介助	一般浴・機械・その他 ()						
食事	自立・一部介助・全介助	主食: 普通・刻み・ミキサー・その他 ()						
食事アレルギー	牛乳・その他 ()	副食: 普通・刻み・ミキサー・その他 ()						
排泄	自立・一部介助・全介助	トイレ誘導・オムツ交換・バルーン・カテーテル・ストマ						
尿意	有り・無し	ポータブル・紙パンツ・テープ止めオムツ・尿とりパッド						
便意	有り・無し	一日の尿の回数 () と便の回数 ()						
認知症による行動障害	有り・無し	徘徊・異食行為・昼夜逆転・暴力行為・その他 ()						
既往歴・現在治療中の疾患・感染症	既往歴: 治療中:	感染症: 有り・無し				B型肝炎・C型肝炎・TPHA・その他		
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *別紙内服等情報を提出下さい。							
【特記事項】 								