

特別養護老人ホームみどりの森
施設長 並木 恭之 様

申込日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日まで

【 申込者（連絡窓口）】

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		本人との関係
電話番号	自宅 () 携帯など ()	

特別養護老人ホームみどりの森へ入所したいので、次の通り届出ます。

[illegible]

介護者の状況	(ふりがな) 氏 名		明 ・ 大 ・ 昭		性 別	本人との関係
			年 月 日 (歳)		男 ・ 女	
	主たる介護者が障害や疾病の状況にある。	介護困難 (入院レベル)	多少介護可能 (疾病、通院レベル)	ある程度介護可能 (腰痛など)	特に無し	
	主たる介護者の就労の状況	8時間就労 (もしくは65歳以上)	4時間以上 (扶養範囲外)	4時間以内 (扶養範囲内)	なし	
	他の介護者について (同居)	いない	介護困難	多少介護可能	介護可能	
状況	他の介護者について (別居)	いない	介護困難	多少介護可能	介護可能	
説明確認	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明等(書類)を受けました。 令和 年 月 日 氏 名: _____ 印 _____					

- ※ 申し込み用紙の内容の変更(介護度や医療的処置、主介護者の状況など)があった場合には連絡ください。
- ※ 優先入所の申し込み用紙の有効期間は2年間です。継続して申し込まれる場合には、お手数ですが有効期限を過ぎる前に再度申し込まれるようにお願いします。
- ※ 必要性がなくなった場合は、別紙「入所申込取り下げ書」を提出してください。

※ 要介護度 1又は2のかたのみご回答ください。 (いずれにもチェックがない場合は、お申込みできません。)	
特例入所要件	☐ 認知症であることにより、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みられ、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	☐ 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みられ、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
	☐ 単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により、家族による支援ができず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、居宅において日常生活を営むことが困難である。

施設記入欄		
	<table border="1"> <tr> <td>受付者</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	受付者
受付者		