

入居申し込みのご案内

1. 入居申込書の請求

特別養護老人ホーム山百合荘までお問い合わせの上、入居申込書をご請求ください。

2. 入居申し込み

入居申込書に必要事項をご記入の上、郵送又は直接ご持参の上、お申し込みください。

3. 入居申込者の状況評価【一次判定】

- ① 入居に際しては先着順ではございません。
- ② ご提出頂いた申込書の情報を元に「入所申込者評価基準（栃木県指定介護老人福祉施設の入居に係る指針）」に基づき、仮の順位を決定させていただきます。
- ③ 申込書にある情報で不足がある場合は、詳細をお伺いすることがあります。
- ④ 要介護度やご本人・ご家族の置かれている状況に変化があった場合には順位が変わる場合が有りますので、ご連絡をいただけますようお願いいたします。

4. 入居判定委員会

- ① 一次判定での仮順位を元に、入居検討委員会でご本人・ご家族等の置かれている状況を勘案した上で、入居の優先順位を決定させていただきます。
- ② 入居判定委員会は施設職員のみではなく、地域の福祉有識者や市職員など、第三者も委員となっており、公平・公正な審査をさせていただきます。

5. 入居の決定の通知、ご契約、ご入居

- ① 入居決定後、重要事項説明書をもとに、事前説明をさせていただきます。
- ② 事前説明後、ご契約をさせていただきます。
- ③ 入居日時につきましては、ご相談の上、調整させていただきます。

※ ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。

特別養護老人ホーム山百合荘
電 話：0287-59-0139
担当者：生活相談員

入 所 申 込 書

- 特別養護老人ホーム山百合荘（広域型介護老人福祉施設）
 特別養護老人ホーム山百合荘うぐいすの郷（地域密着型介護老人福祉施設）
※申込み希望の事業所に✓を付けてください。（同時申込み可）

特別養護老人ホーム 施設長 様 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">申込日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受付日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>担当者名</td> <td></td> </tr> </table>	申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日	担当者名		申込者（本人でない場合は、申込代理者） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">住所</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>フリガナ氏名</td> <td style="text-align: right;">入居希望者との関係 ()</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td></td> </tr> </table>	住所	〒	フリガナ氏名	入居希望者との関係 ()	電話	
申込日	令和 年 月 日												
受付日	令和 年 月 日												
担当者名													
住所	〒												
フリガナ氏名	入居希望者との関係 ()												
電話													

申込先（入居施設名）		保険者		
入所希望者の状況	(フリガナ)	性別		
	氏名	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	現住所	〒		
	現況	□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている □老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入居又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している		
入居を希望する理由（該当するものを選んでください）	□介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」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。 □施設や病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 □要介護1又は要介護2の方は、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。			
	□認知症があって、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等が頻繁に見られる。 □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、安心の確保が困難な状態である。 □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。 □その他 ()			

入所に係る介護支援専門員意見書

1 本人の状況

申込者氏名					
要介護度	1	2	3	4	5
認知症における日常生活自立度 (主治医意見書)	M	IV	III	II	I 自立

2 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

3 主たる介護者・家族等の状況の評価

①世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他 ()	
②介護者の年齢・続柄	続柄 () 70歳以上 60歳以上 60歳未満	
③介護者の負担	非常に重い 重い やや重い 普通	
④介護者が障害や疾病	無・有 (介護困難 多少介護困難 介護可能)	
⑤介護者の就労	無・有 [8時間以上又は高齢で就労不能 4時間～8時間 4時間未満]	
⑥他の要介護者 介護者の育児、家族の病気	無・有 (介護(要支援【 】、要介護【 】) 看護 育児) (常時 半日 臨時)	
⑦介護者の介護の関わり方	介護拒否 非常に消極的 やや消極的 ふつう	
⑧他の同居介護補助者	続柄 () ほとんどなし 随時あり(日/週程度) 常時あり	
⑨別居血縁介護協力	続柄 () ほとんどなし 随時あり(日/週程度) 常時あり	
⑩近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり	
⑪座板生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある 支障がある やや支障がある 特に問題なし	

4 介護支援専門員の入所への意見(特記事項)

令和 年 月 日

事業所名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 Tel _____ Fax _____

記入者名 _____ 印 _____