

入居申込者様

社会福祉法人 郡山福祉会
特別養護老人ホーム うねめの里
地域密着型特別養護老人ホーム
うねめの里はるひめ
施設長 矢部真裕美

施設入居申込み方法について

特別養護老人ホームうねめの里・地域密着型特別養護老人ホームうねめの里はるひめの入居に関するお問い合わせをいただき、誠にありがとうございます。入居申込みには、下記の書類が必要となりますので、ご準備できましたら担当職員までご連絡ください。申込みは、必要書類がすべて揃ってからの受け付けとなります。

入居申込書類受領後、担当職員が入居希望者の状況の確認をさせていただきます。

施設入居の決定については、福島県と福島県社会福祉協議会が、国の省令に基づき共同で「福島県指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居に係る指針」を策定しており、入居決定過程の透明性と公平性を確保し、真にサービスを必要とする人の円滑な施設入居を目指しておりますので、当施設もその指針に基づき適正な実施に努めています。

また、入居申込みをされた後に要介護度や住所等、入居申込書の記載内容に変更が生じた場合にはお申し出ください。都合により入居申込みの取下げをする場合は、入居申込取下げ書の提出をお願い致します。ご協力よろしくお願い致します。

記

- 申込必要書類**
- ①入居申込書、個別状況調査票（１）（２）
 - ②介護保険被保険者証、介護負担割合証の写し
介護負担限度額認定証の写し（申請している方のみ）
 - ③（７５歳以上の方）後期高齢者医療被保険者証の写し
（７５歳未満の方）健康保険証及び老人保健法医療受給者証の写し
 - ④（在宅で介護保険サービスを利用している方のみ）
居宅サービス利用票及び別票
 - ⑤年金振込決定通知書
 - ⑥印鑑

以上

問い合わせ先（担当：八巻美知子） TEL 024-961-8633

2. 書類の書き方

(1) 入居申込書

- ①入居申込者は、本人または身元引受人となり、今後の連絡先とさせていただきます。
- ②入居対象者の状況欄は、**介護保険証の内容**をお書きください。介護認定を更新中か区分変更中の方は、直前の要介護度をお書きください。
- ③主たる介護者欄の「介護者の意見」は、自宅での介護が困難な理由や施設入居を希望する理由等を具体的にお書きください。
- ④身元引受人の欄は、勤務先名もお書きください。
- ⑤同意書欄の氏名を本人が記入できない場合はご家族の代筆でも構いません。なお、押印をお忘れないようにお願い致します。

(2) 個別状況調査票(1)

- ①在宅サービスを利用されている方は担当の居宅介護支援専門員、入院されている方は担当の相談員へ記入を依頼してください。
- ②認知症の症状及び頻度の欄には、具体的な認知症の症状とその症状がどのくらいの頻度で見られるかをお書きください。
- ③入居希望の背景は、該当箇所に印を付け、具体的な事由を（ ）内にお書きください。
- ④居宅サービスを利用している方は、居宅介護支援事業所から毎月いただく「居宅サービス利用票及び別表」を参考にお書きいただき、書類を添付してください。
- ⑤医療の状況の欄は、既往歴（今までにかかったことのある病気）や現在通院治療のある方は必ずお書きください。

(3) 個別調査票(2)

- ①主治医以外であっても、普段見ていただいている先生がいる場合はお書きください。
- ②希望施設の欄は、入居を希望する施設へ印を付けてください。どちらも希望される場合は両方へ印をお願いします。
うねめの里、はるひめは全室ユニット型個室となります。
- ③連絡先の欄は、今後施設からの連絡をする場合対応していただける方（入居希望者の状況がわかる方）のご記入をお願いします。
- ④年金等の収入額については、通知書等を参考に正確な金額をお書きください。
- ⑤施設入居後の医療について、当てはまる所にチェックをしてください。

※申込みに関してご不明な点は、下記までお問い合わせください。

特別養護老人ホームうねめの里

TEL 024-961-8633

様式第1号 (指針第5の1)

(指定介護老人福祉施設) 特別養護老人ホームうねめの里
 地域密着型特別養護老人ホームうねめの里 はるひめ 入居申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	印	続 柄	
入居対象者本人の同意の有無		有	無

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。
 ※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 險 者	
	要 介 護 度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 () ◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒	家族構成	
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
介護者の意見 (介護の困難事由)				
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	MTS 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒	本人との関係	
勤務先名		勤務先電話番号		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入居検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 <div style="text-align: center;"> 本 人 ㊞ 家族(又は代理人) ㊞ </div>			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

特別養護老人ホーム うねめの里
地域密着型特別養老人ホームうねめの里 はるひめ 個別状況調査票(1)

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名	応答者氏名
居宅介護支援事業所名	本人との関係
	電 話
要介護度	FAX
認知症の状況及び頻度	
入居希望の背景 (該当するもの全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ()
	<input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()
	<input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ()
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している ()
	<input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ()
	<input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い ()
	<input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ()
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である ()
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある
	<input type="checkbox"/> その他
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用
	◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
施設サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()
入居希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()
	◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他
	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
機能回復訓練の必要性	

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

様式第2号（指針第5の3）

入居申込取下書

令和 年 月 日

特別養護老人ホームうねめの里 施設長 様

地域密着型特別養護老人ホームうねめの里 はるひめ 施設長 様

私（入居希望対象者）、_____は、次の理由により貴施設への入居
申込みを取下げいたします。

（理由）

届出者 氏名 _____

関係 _____

住所 _____

※届出者は、原則として入居申込書の申込者とする。

入居申込取下書受理年月日	年 月 日
選考者名簿整理年月日	年 月 日