

入所ご希望者 様

〒 258-0001

神奈川県足柄上郡松田町寄 3090-1

社会福祉法人 宝珠会

特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ

TEL 0465-88-2910

FAX 0465-88-2940

担当 高木

## 入所のご案内

この度は、当施設への入所をお考えいただきありがとうございます。

お申し込み受付は「特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ」にて受付させて頂いております。

お申込み時に必要となる書類については、下記に記載させていただきましたのでご用意をお願いいたします。お申込み後入所決定までの手続き等については、お申込み時にご説明させていただきます。

施設見学も行っておりますので、あらかじめお電話でご予約をお願いいたします。

以上、何かご不明な点などございましたら、上記事務室生活相談員までお気軽にお問い合わせください。お待ちしております。

### 申込に必要な書類

- |                 |    |
|-----------------|----|
| 1. 入居申込書        | 1通 |
| 2. 介護保険証類コピー    | 1通 |
| 3. 介護保険負担割合証コピー | 1通 |
| 4. 健康保険証類コピー    | 1通 |
| 5. 診療情報提供書      | 1通 |

# 保険証等のコピーのお願い

\*用紙は、A4サイズでお願い致します。

\*医療保険の負担限度額認定証や、福祉医療証等があれば、それもコピーをお願い致します。

介護保険被保険者証		要介護3	内容	期間
被 保 険 者	番号	令和 2 年 12 月 11 日	給付制限	開始年月日 終了年月日
	住所	認定の有効期間 令和 3 年 2 月 1 日～令和 4 年 1 月 31 日	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	開始年月日 終了年月日
	フリガナ	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		開始年月日 終了年月日
	氏名	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		開始年月日 終了年月日
	生年月日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		開始年月日 終了年月日
交付年月日	令和 2 年 12 月 11 日	種類	ケアプラン	届出年月日 平成 30 年 9 月 21 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	143636 松田町 TEL. 0465-83-1226	種類	名称	入所等年月日 退所等年月日
		種類	名称	入所等年月日 退所等年月日

## 介護保険被保険者証

介護保険負担割合証	
交付年月日 令和 2 年 7 月 8 日	
被 保 険 者	番号
	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日
利用者負担の割合	1割 開始年月日 令和 2 年 8 月 1 日 終了年月日 令和 3 年 7 月 31 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	143636 松田町

## 介護保険負担割合証

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 令和 2 年 10 月 30 日	
被 保 険 者	番号
	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日
適用年月日	令和 2 年 10 月 1 日から
有効期限	令和 3 年 7 月 31 日まで
食費の負担限度額	650 円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 1,310 円 ユニット型個室の多床室 1,310 円 従来型個室 (特養等) 820 円 従来型個室 (老健・療養等) 1,310 円 多床室 370 円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	143636 松田町

## 介護保険負担限度額認定証

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 令和 4 年 7 月 31 日	
交付年月日 令和 2 年 8 月 1 日	
被保険者番号	
住所	足柄上郡松田町寄 3090 番地 1 レストフルヴィレッジ
氏名	
生年月日	昭和 〇 年 1 月 〇 日
前納期年月日	平成 23 年 3 月 29 日
有効期日	平成 23 年 3 月 29 日
一部負担金の割合	1割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39143631 神奈川県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療被保険者証  
国民健康保険被保険者証  
健康保険被保険者証

特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ 入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者 (連絡先)

住所	〒 _____		
(フリガナ) 氏名	_____	電話番号	( ) _____

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)	_____			性別	男 ・ 女
	氏名	_____			住民登録	市・区・町・村
	現住所	〒 _____ _____ 電話 _____				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	健康保険	種別	_____		記号・番号	_____
	年金等	種別	_____			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____ ) (判定 級(度) _____ 年 月 日)				
	介護保険	被保険者番号	_____	_____	_____	_____
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		<b>【要介護1、要介護2の方へ】</b> 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するためには、下記項目のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で、該当すると思われる項目に印を付けて下さい。 又、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。  <input type="checkbox"/> ①認知症である者であって、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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> ②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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> ③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・安心の確認が困難である。 <input type="checkbox"/> ④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。				
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている					
	(施設に入所(入居・入院)している場合)					
	施設名又は病院名(所在地)	_____ 市・区・町・村				
入所又は入院期間	年 月 日～					

\* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ( )
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 [ ]内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食摂	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする (自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 _____ _____ _____ _____ _____	

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (現在治療中の病気)																																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">病名</th> <th style="width: 40%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">病名</th> <th style="width: 40%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>		病名	入院・通院病院	期 間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院	期 間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
病名	入院・通院病院	期 間																																
		年 月～																																
		年 月～																																
		年 月～																																
内服薬																																		
感染症																																		
病名	入院・通院病院	期 間																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)		<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )																																
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																																
	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難  <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。)																																	
主な介護者		(フリガナ)		性 別	年齢/生年月日	( 歳)																												
		氏 名		男・女	明・大・昭	年 月 日																												
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒		電話	( )																												
		入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )																															
		他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																															
		意見	(介護をしている上で特に困っていること) <hr/> <hr/>																															

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ( )
	事業所名			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 印</p>
-------	--

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 ( )</p>
-------	---