

介護老人福祉施設 春輝苑 入苑申込者 様

社会福祉法人 徳誠会
介護老人福祉施設 春輝苑
施設長 高木 輝久

介護老人福祉施設 春輝苑入苑の申請についてのお願い

このたびは入苑のお申し込みをいただき誠にありがとうございます。

すでにご存知でおられるかと思いますが、この度埼玉県におきましては、「埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針」が作成されました。この指針は、特別養護老人ホームの入所について真に必要な性の高い方が優先的に入所できるよう作成されたものであり、県内各特別養護老人ホームにおいて統一的な基準として位置づけられております。

つきましては、当苑におきましても平成 15 年 5 月より埼玉県の指針に基づき「春輝苑入苑規程」を作成し、今までの申し込み順の入苑方法から規程に基づいた入苑方法の導入をさせていただきます。

誠に恐縮ではございますが、ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

添付書類

1. 春輝苑入苑申込書
2. お申し込みについて
3. お申し込み方法

なお、本件についてのお問い合わせは、当苑まで直接ご連絡ください。

お問い合わせ先

〒332-0031 埼玉県川口市青木 3-20-15
社会福祉法人 徳誠会 介護老人福祉施設 春輝苑

TEL 048-240-6066

FAX 048-240-6067

* **お申し込み受付方法**

1. はじめに、必要性を判断するため以下の書類の準備をお願いします。

① **春輝苑入苑申込書**・・・同封したもの

※記入時に不明な点がございましたら、面接時にうかがいます。

② **介護保険認定調査票（写）**・・・市区町村の介護保険課にて発行

※区市町村によっては発行できない場合があります。（事前に区市町村にお問い合わせください。）

③ **介護保険被保険者証（写）**・・・申込者（本人）様の介護保険証の写し

④ **サービス利用表、利用票別表（写）**・・・ケアマネージャーより発行された
直近3ヶ月のもの

※現在、自宅にて介護されている方で、在宅サービス（ホームヘルパー・
デイサービス等）を利用されている方は提出してください。
（担当のケアマネージャーに確認してください。）

2. 面接のご予約は電話にてお願い致します。

（予約の電話受付時間は**午前10時～午後5時**とさせていただきます）

書類の準備ができましたら、春輝苑までお電話をいただきますようお願い致します。
日時をあらかじめ決めさせていただいたうえで、直接春輝苑にお越しいただき、
面接を行わせていただきます。

※書類提出の際、申込者及びご家族様等の状況をお聞きしますので、確認できる方にお越しいただくようお願い致します。

※ 郵送のみでは受付ができません。

※書類が不足していますと、全て揃ってからの受付となりますのでご注意ください。
面接につきましては確実にお電話をいただきますよう、お願い致します。

※ 面接の日は、平日（月～金）

※（土・日・祝祭日は要相談）

時間は、**午前11時・午後1時・2時・3時**となります。

3. 面接の結果（順位）につきましては、面接を行った日より1ヶ月後にお電話にてお問い合わせいただきますよう、お願い致します。

4. 本入所申込みに記載した事項に変更があった場合、あるいは他の施設等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

5. ※介護度の変更や認定調査票記載事項の変更等は書類を提出してください。

お問合せ電話番号 048-240-6066

面接担当 : 太田

特別養護老人ホーム『春輝苑』入所申込書

社会福祉法人 徳誠会 殿

申込日 平成 年 月 日

受付日 平成 年 月 日

申込者（代理人） 〒 -

住 所 _____

氏 名 _____（入所希望者との続柄 _____）

電 話 _____

入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

フリガナ											
氏 名											男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）										
住 所	〒 -)										
電話番号											
要介護度	1	2	3	4	5	(平成 年 月 日認定)					
介護保険被保険者番号											
保険者番号							保険者名				
要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている					施設・病院名					
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている					所在地（市町村）					
	<input type="checkbox"/> 施設や病院などに入っている					入所・入院時期 平成 年 月から					
痴呆症状	<input type="checkbox"/> 徘徊（)										
	<input type="checkbox"/> 不穏・興奮（)										
	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為（)										
	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄（)										
	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴（)										
	<input type="checkbox"/> 不潔行為（)										
	<input type="checkbox"/> その他（)										
	医療状況	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射									
<input type="checkbox"/> 褥瘡（部位 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）											
現在治療中の病気											
病 名			入院・通院医療機関名				期 間				
							年 月 日～ 年 月 日				
							年 月 日～ 年 月 日				
既往症											
病 名			入院・通院医療機関名				期 間				
							年 月 日～ 年 月 日				
							年 月 日～ 年 月 日				
							年 月 日～ 年 月 日				

入 所 を 希 望 す る 理 由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため ()	
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()	
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため ()	
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため ()	
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()	
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが、替わりたい ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
主 た る 介 護 者	フリガナ	
	氏名	入所希望者との関係 ()
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護期間	
	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居 〒 - TEL 〔住所〕
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (常勤 (正職)・非常勤・パートタイム・その他)
	育児状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (人 歳)
	健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
家族の健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()	
申 込 状 況	入所希望者の意向	
	<input type="checkbox"/> すぐにも入所を希望	
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃には入所を希望	
<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定		
●すでに申し込んでいる他の施設名 < >		
●今後申し込む予定の他の施設 < >		
説明 確 認 同 意	<p>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を受けました。</p> <p>また、添付書類の認定調査票 (写) の提供 (閲覧) について、同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名: _____</p>	

※「認定調査票 (写)」・「介護保険被保険者証 (写)」・最近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表 (写)」を添付してください。

※申し込み内容に変更が生じた場合は、連絡を頂き指示を受けてください。