

# 特養ご入所を希望される皆様へ

このたびは、特別養護老人ホーム うぐいすの里へのご入所をご希望いただき、誠にありがとうございます。  
特養のご入所お申込みには、以下の書類をご準備いただく必要がございます。お手数ではございますが、  
ご準備いただけましたら、ご持参かご郵送（送付先以下）くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。



## ご入所の申込に必要な書類

### 1 (大阪府)標準様式1 入所申込書兼台帳/同意書

指定用紙に、ご本人・ご家族がご記入ください

### 2 (大阪府)標準様式2 入所選考調査票

ケアマネジャー様にご依頼ください

### 3 介護保険 被保険者証 介護保険 負担割合証

お手元にお持ちのものをコピーしてください

### 4 介護保険 負担限度額認定証

認定証をお持ちの方は、コピーしてください

### 5 (要介護)認定調査票

市役所にて発行手続きをしていただくか  
ケアマネジャー様にご相談ください

### 6 (在宅)サービス利用票/利用別票

お持ちのもの[直近3ヶ月分]をコピーしていただくか  
ケアマネジャー様にご相談ください

送付先

〒573-0094 大阪府枚方市南中振3-8-20  
特別養護老人ホーム うぐいすの里 宛



うぐいすの里

お問合せ (072) 833-6000

## 記入例

表

## 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

|                        |      |                              |    |   |
|------------------------|------|------------------------------|----|---|
| 申込者連絡先<br>(家族等代理の方の場合) | 氏名:  | 枚方 一郎                        | 続柄 | 子 |
|                        | 〒    | 573-0094                     |    |   |
|                        | 住所:  | 枚方市南中振3-8-20<br>うぐいすハイツ 203号 |    |   |
|                        | 電話番号 | 072-833-6000                 |    |   |
|                        |      |                              |    |   |

|               |         |                      |      |       |
|---------------|---------|----------------------|------|-------|
| 施設<br>記入<br>欄 | 申込日     | 年 月 日                | 受付日  | 年 月 日 |
|               | 受付番号    |                      | 担当者名 |       |
|               | 法人名     |                      |      |       |
|               | 入所申込施設名 |                      |      |       |
|               | 保険者への報告 | 不要 ・ 要<br>報告日: 年 月 日 |      |       |

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

|                   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                     |
|-------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 本人<br>の<br>状<br>況 | (フリガナ)                     | ヒラカタ ハナコ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 性別               |                                                                     |
|                   | 氏 名                        | 枚方 花子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 男<br>女           |                                                                     |
|                   | 生年月日                       | 明・大 昭 18 年 3 月 9 日 (満 81 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 要 介 護<br>認 定 期 間 | 令和 6 年 5 月 1 日 から<br>令和 7 年 4 月 30 日 まで<br>※未申請の方は記入してください<br>年 月 日 |
|                   | 要介護度                       | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5<br>↓<br>要介護 1・2 は下記のいずれかの該当が必要です<br>□認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。<br>□知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。<br>□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況である。<br>□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。                                                                                |                  |                                                                     |
|                   | 障がいの程度                     | □療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2 )<br>□精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                     |
|                   | 自宅住所                       | 〒 573-0153<br>枚方市藤阪東町1-3-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 電話番号             | 072-859-9000                                                        |
|                   | 現在の居所<br>※自宅以外に居住している場合に記入 | □自宅で単身 □高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている □他の施設や病院に入っている<br>施設・病院の名称 所在地 〒 -<br>入所又は入院期間 平成 年 月から ( 年 月 ) 電話番号 ( )                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                     |
|                   | 入所申込理由                     | □介護する者がいないため<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため<br>□介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため<br>□介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため<br>□居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br>□施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため<br>□介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため<br>□その他 ( ) |                  |                                                                     |
|                   | 本人の入所意向                    | <input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している □迷っている □拒否している<br>□知らせていない □認知力低下により理解困難                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                     |

# 記入例

裏

|                    |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |        |                                                                                     |     |
|--------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 本人の状況              | 在宅介護継続期間                                                 | 3 年 6 か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | 居宅サービスの利用の有無 |        | <input checked="" type="checkbox"/> 有(下記も記入してください)<br><input type="checkbox"/> 無    |     |
|                    | 申込日前月に利用中のサービス(月分)                                       | 訪問介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 回/月   | 訪問入浴         | 回/月    | 訪問看護                                                                                | 回/月 |
|                    |                                                          | 通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 8 回/月 | 短期入所生活・療養介護  | 12 日/月 | 訪問リハ                                                                                | 回/月 |
|                    | その他                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |        |                                                                                     |     |
|                    | 入所希望時期                                                   | <input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input checked="" type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上( )年以内                                                                                                                                                                               |       |              |        |                                                                                     |     |
| 医療の状況              | 利用している居宅介護支援事業所名                                         | 居宅介護支援事業所<br>ひらかたケアプランセンター<br>電話番号: 072-833-6000                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 担当ケアマネジャー名   |        | 樟葉 守人                                                                               |     |
|                    | 医療の状況                                                    | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置<br><input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>現在治療中の病名 高血圧症<br>受診している医療機関 御殿山クリニック<br>【特記事項】<br>認知症 |       |              |        |                                                                                     |     |
|                    | 他施設への申込状況                                                | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み<br><input checked="" type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる ( 2 箇所)<br>既に申込んでいる施設名 ( (特養)香里苑 ) ( (特養)光善寺ホール )<br>今後申込む予定の施設名 ( (特養)うぐいすの里 ) ( )<br>特養待機期間(他施設も含む) 1 年 8 か月                                                                                                     |       |              |        |                                                                                     |     |
| 主たる介護者の状況          | 家族構成                                                     | <input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( ) 計 3 人                                                                                                                                                       |       |              |        |                                                                                     |     |
|                    | (フリガナ)                                                   | ヒラカタ ハツエ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | 性別           | 年齢     | 続柄(子の配偶者) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居<br>住所: |     |
|                    | 主たる介護者の氏名                                                | 枚方 初江                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | 男・女          | 満年齢    | 申込者と同じ<br>電話番号: ( 同上 )                                                              |     |
|                    | 意見等(介護等で困っていること)                                         | (注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)<br>私が、夫(一郎)の母(花子)の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が著しく、夫婦ともに夜中の介護で身体も精神も参ってきている。仕事でデイサービスを利用し、週末にショートステイを利用しながら、何とか仕事を続け、生計を立ててきたが、共に夜休むことができないため、自宅での介護に限界を感じている。                                                                                                                               |       |              |        |                                                                                     |     |
| 同居以外の親族・援助者の有無について |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |        |                                                                                     |     |
|                    | 1. 子      2. 兄弟・親戚等      3. 親族はないが援助者あり      4. 親族・援助者なし |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |        |                                                                                     |     |

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

# 記入例

## 入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

### 記

- ☑ 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- ☑ 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- ☑ 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

申込み日を記入  
してください

令和6年7月10日

入所申込者（本人） 氏名： 枚方花子

家族等代理の方 氏名： 枚方一郎

主たる介護者の方 氏名： 枚方初江

【標準様式2】

表

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

|             |      |         |            |
|-------------|------|---------|------------|
| 入所申込者(本人)氏名 | 枚方花子 | 被保険者番号  | 0000123456 |
| 受付番号        |      | 保険者(番号) | 枚方市 272104 |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 事業所名                                                                                                                                                      | 居宅介護支援事業所<br>ひらかたケアプランセンター                                                                                                                                                          |                                       | 連絡先電話番号                                                                                                                                                                                                                                                   | 072-833-6000                                                                                     |      |
| 担当ケアマネジャー氏名                                                                                                                                               | 樟葉守人                                                                                                                                                                                |                                       | 職種                                                                                                                                                                                                                                                        | 介護支援専門員                                                                                          |      |
| 基本的評価基準                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |      |
| ケア<br>マネ<br>ジャー<br>様<br>の<br>意<br>見<br>欄<br>（<br>記<br>入<br>日<br>）                                                                                         | 要介護度                                                                                                                                                                                | 介護者の有無                                | 在宅サービスの利用率                                                                                                                                                                                                                                                | 地域性                                                                                              | 合計   |
|                                                                                                                                                           | 3 4 5<br>1・2（特例入所対象）                                                                                                                                                                | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要<br>支援以上の世帯 ・その他の世帯 | 85 %<br>□未利用 □入院・入所中                                                                                                                                                                                                                                      | 同一市町村・<br>圏域内、隣接市                                                                                | 70 点 |
|                                                                                                                                                           | 点数                                                                                                                                                                                  | 30 点                                  | 35 点                                                                                                                                                                                                                                                      | 5 点                                                                                              |      |
|                                                                                                                                                           | 【本人の心身の状況】<br>□常時の介護や見守りが必要である<br>☑認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、<br>介護者の日常生活に支障がある<br>□寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介<br>助が必要である<br>□多少の一部介助や見守りを必要とする<br>□ほとんど自立による日常生活が可能である<br>□その他（ ） |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           | □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない<br>□病院等の入所者で帰る家がない<br>□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して<br>いるなど経済的理由<br>□その他（ ） |      |
| 【介護者の状況】<br>□介護者が全くいない<br>□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる<br>☑介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障がい・疾病・<br>就労・その他： ）<br>□介護者が遠隔地にいる<br>□介護者が近隣にいる<br>☑同居の介護者がいる（ 3 人）<br>□その他（ ） |                                                                                                                                                                                     |                                       | 【住環境】<br>□居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）<br>□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある<br>□施設や病院から退所を求められている<br>□その他（ ）                                                                                                                                                          |                                                                                                  |      |
| 【在宅生活継続の可能性】<br>□極めて困難<br>☑在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある<br>□検討の余地あり<br>□在宅サービスの利用 する<br>□その他（ ）                                                                 |                                                                                                                                                                                     |                                       | 【参考項目】<br>・家族の負担感<br>☑介護疲れがひどい<br>□殆どかわわっていない<br>□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある<br>□在宅サービスの利用にて順調<br>□在宅サービスの利用ないが順調<br>・意思疎通<br>□慣れた人でも意思疎通は困難<br>☑家族など慣れた人なら問題はない<br>□特に問題はない<br>・入所について<br>□強く拒否している □拒否傾向<br>☑意思確認が困難<br>□希望はしていないが同意している<br>□同意している □強く望んでいる |                                                                                                  |      |
| 【特記事項】                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |      |

調査票の記入は  
ケアマネジャー様  
に依頼してください