

入所申込希望者及びご家族様

相談及び申し込み方法について

■相談方法

- I. 相談員と相談日の日程調整（予約）をして下さい。
ご利用料金等の詳細や申し込み方法について、相談員より説明させていただきます。



■申し込み方法

- I. 入所申込に必要な書類をご用意ください。

1. 施設入所中又は入院中の方（介護老人保健施設、病院、グループホーム等）

申込書、介護保険者証、負担割合証のコピー、
認定調査票・主治医意見書のコピー

2. 在宅サービスを利用中の方（ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ等）

申込書、介護保険者証、負担割合証のコピー、
認定調査票・主治医意見書のコピー
サービス利用票・サービス利用票別表（直近3ヶ月分）

* 申込書については、郵送または当法人ホームページよりダウンロード可能です。

(<https://minamikaze.or.jp>)

* 認定調査票・主治医意見書の取り寄せは介護保険課までお願いします。

介護保険課窓口で資料取り寄せを行う場合は、本人の介護保険被保険者証・窓口申請する方の身分証明書が必要となります。不明の場合は介護保険課・担当のケアマネジャーにお問い合わせください。

- II. 申込み資料一式がそろいましたら、お申込み日時の予約を入れてください。

- III. 来所して頂き、申し込み者と相談員で入所優先度の数値化をおこないます。

- IV. 申込み完了となります。



お問い合わせ先

直通) TEL 049-234-6141

代表) TEL 049-234-1200

特別養護老人ホームみなみかぜ

介護老人福祉施設みなみかぜ・燦
生活相談室

(様式1)

受付日 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』入所申込書

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』
管理者 様

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』に
入所したいので次の通り申し込みます。

I D

申 込 者	住所	〒	
	ふりがな		続柄
	氏名		
	電話		
	F A X		
	携帯		
	連絡可能時間帯		

本 人 の 状 況	ふりがな					住所	〒				
	氏名					住所					
	生年月日	年 月 日 (歳)				性別	男 女				
	介 護 保 険	保険者					被保険者番号				
		介護度	1	2	3	4	5	※介護保険証コピー添付			
		負担限度額認定証	有 無				※負担限度額認定証コピー添付				
		年金収入(年額)	円				課税	有 無			
		不適応行動の有無	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし								
		※認定調査票の写し添付 (取得不可能な場合は専用用紙記入のこと)									
		在宅サービス利用割合	%								
		※在宅サービス利用中の方に限り、担当ケアマネージャーより取得のこと。									
		在宅介護期間	～								
		施設介護期間	～								
	入 居 希 望 事 由 等	現在生活している場所 (〇〇市〇〇病院) (〇〇市〇〇宅)	1 自宅 2 その他 ()								
医療処置の状況 治療中の疾病等											
1 介護者がいないため (本人が単身生活者で介護する親族が全くいない)											
2 介護者がいるが、高齢のため十分な介護が困難なため (介護者の年齢が、 a 70歳以上 b 60歳代 c 60歳未満)											
3 介護者がいるが、障害や疾病の状況にある (a 介護困難である b 多少なら可能である c 介護はできる)											
4 介護者がいるが、育児又は家族が病気の状態にあり十分な介護が困難 (a 常時の育児または看病が必要である) (b 半日ほどの育児または看病が必要である) (c 時々、育児又は看病が必要である)											
5 介護者が複数の介護をしている (a 介護困難である b 多少なら可能である c 介護はできる)											
6 介護者がいるが、就業しているため十分な介護が困難なため											
7 その他 ()											

介護者の状況	主たる介護者				
	ふりがな		続柄	〒	
	氏名		住所		
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 女	
	電話		携帯		
	就労状況	a 1日8時間以上(常勤) b 4時間以上8時間未満(パート) c 4時間未満(パート) d 高齢のため就労不能 e 就労していない			
	介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である			
	事由				
	従たる介護者				
	ふりがな		続柄	〒	
氏名		住所			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 女		
電話		携帯			
介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である				
事由					
特記事由	主たる介護者とは別居の血縁者				
	ふりがな		続柄	〒	
	氏名		住所		
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 女	
	電話		携帯		
	介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である			
	事由				
	要介護1又は2の方が入所するためには、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。 ☐ 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。 ☐ 家族等により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	入所希望時期	1 今すぐの入所を希望する 2 入所希望については家族より再度連絡する		
		申し込み状況	1 みなみかぜのみ申し込む 2 他の施設にも申し込んでいる		
名称等					
(所在地明記のこと)					
担当介護支援専門員					
説明確認	ふりがな	事業所名		電話番号	
	氏名				
私はこの度、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名					

《地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』入所申込書記入例》
(様式1)

受付日 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』入所申込書

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』
管理者 様

地域密着型介護老人福祉施設『みなみかぜ・燦』に
入所したいので次の通り申し込みます。

I D

申込者	住所	〒350-0807 川越市吉田204-2		
	ふりがな	みなみかぜ たろう	続柄	
	氏名	みなみかぜ 太郎	長男	
	電話	049-234-1200		
	FAX	049-234-0811		
	携帯	090-1234-5678		
	連絡可能時間帯	17時以降		

本人の状況	ふりがな	みなみかぜ はなこ			住所	〒350-0807 川越市吉田204-2		
	氏名	みなみかぜ 花子			性別	男 ☐ 女 ☒		
	生年月日	10年△月□日(○○歳)			保険者	川越市		
	介護保険	1	2	3	4	5	被保険者番号	
	負担限度額認定証	有 無			1000123456			
	年金収入(年額)	96万 円			課税	有 ☐ 無 ☒		
	不適応行動の有無	1 非常に多い ☐ 2 やや多い ☒ 3 少しあり ☐ 4 なし ☐						
	在宅サービス利用割合 %							
	在宅介護期間 平成△年□月 ~ 平成○年□月							
	施設介護期間 平成○年□月 ~							
	現在生活している場所 1 自宅 ☐ 2 その他 (川越市 みなみかぜ病院) ☒							
	(○○市○○病院) (○○市○○宅)							
	医療処置の状況 心臓ペースメーカー使用							

入所希望事由等	1 介護者がいないため(本人が単身生活者で介護する親族が全くいない)							
	2 介護者がいるが、高齢のため十分な介護が困難なため (介護者の年齢が、a 70歳以上 b 60歳代 c 60歳未満)							
	3 介護者がいるが、障害や疾病の状況にある (a 介護困難である b 多少なら可能である c 介護はできる)							
	4 介護者がいるが、育児又は家族が病気の状態にあり十分な介護が困難 (a 常時の育児または看病が必要である)							
	b 半日ほどの育児または看病が必要である)							
	c 時々、育児又は看病が必要である)							
	5 介護者が複数の介護をしている (a 介護困難である b 多少なら可能である c 介護はできる)							
6 介護者がいるが、就業しているため十分な介護が困難なため								
7 その他 ()								

①『認知症等による不適応行動』の基準は、介護保険認定調査票の【3-8,徘徊】から
【4-15,話がまとまらず、会話にならない】の項目のうち、該当する項目が3項目以上ある場合で。
『1非常に多い』はそれらが毎日。『2やや多い』は週に1~2回。『3少しあり』は
月に1から2回程度ある場合を目安にしてください。

②『最近3ヶ月の在宅サービスの利用状況』は、最近3ヶ月間に利用した単位合計 (A)を最近3か月分の
限度基準単位の合計 (B)で除し、100を掛け、小数点以下を切り捨てて出してください。 (A÷B×100)
現在状況として入院又は入所されている場合は、サービス利用率50パーセントで統一させていただきます。

主たる介護者					
ふりがな	みなみかぜ 太郎	続柄		〒	350-0807
氏名	みなみかぜ 太郎	長男	住所	川越市吉田204-2	
生年月日	S ○ 年 × 月 △ 日 (× ○ 歳)		性別	男	
電話	049-234-1200		携帯	090-1234-5678	
就労状況	a 1日8時間以上(常勤) b 4時間以上8時間未満(パート) c 4時間未満(パート)				
介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である				
事由	就労しており介護時間を作れない。				
従たる介護者					
ふりがな	みなみかぜ まさこ	続柄		〒	350-0807
氏名	みなみかぜ 正子	嫁	住所	川越市吉田204-2	
生年月日	S ○ 年 △ 月 □ 日 (× △ 歳)		性別	男 女	
電話	049-234-1200		携帯	090-2345-6789	
介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である				
事由	パートで仕事をしていて、子供が2人保育園に通っている。				
主たる介護者とは別居の血縁者					
ふりがな	みなみかぜ はなこ	続柄		〒	350-0806
氏名	南風 華子	長女	住所	川越市吉田204-3	
生年月日	S △ 年 □ 月 × 日 (△ × 歳)		性別	男 女	
電話	049-233-1114		携帯	080-1234-5678	
介護の可能性	1 介護困難 2 多少の介護は可能 3 介護は可能である				
事由	嫁ぎ先の両親と同居している。				
特記事由	要介護1又は2の方が入所するためには、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すると思われる項目に印をつけてください。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 家族等により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	入所希望時期 ① 今すぐの入所を希望する				
	② 入所希望については家族より再度連絡する				
	申し込み状況 ① みなみかぜのみ申し込む ② 他の施設にも申し込んでいる (所在地明記のこと)				
担当介護支援専門員					
ふりがな			事業所名	電話番号	
氏名					
説明確認	私はこの度、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名				

【その他の注意】

※1
書き方が難しかったり、分からない場合、特別養護老人ホーム生活相談員へご相談下さい。

※2
何らかの事由により、申し込みの必要が無くなった場合、『特別養護老人ホーム入所申し込み取り下げ書』を提出してください。

※3
申し込み内容が変更になった場合『入所申し込み書内容変更届け』を提出してください。

～添付書類について～

- ①認定調査票（写し）
保険者の役所介護保険課へ申請
- ②介護保険被保険者証（写し）
保険証のコピーをお持ち下さい。
- ③サービス利用表及び別表
申し込み直前3か月分後用意下さい。 担当のケアマネージャーへ依頼
- ④負担限度認定証
認定証のコピーをお持ち下さい。