

～ 花小町もろえ 入居申込のご案内 ～

入居対象者

要介護認定の要介護度が3～5に認定されており、金沢市に住所がある方

申込時に必要な書類

- (1) 入居申込書（必要事項をご記入して下さい）
- (2) 介護保険被保険者証（写し）
- (3) 介護保険負担割合証（写し）
- (4) 介護保険負担限度額認定証（写し） お持ちの方のみ
- (5) 介護支援専門員意見書
- (6) 入居申込者状態表
- (7) サービス利用表及び別表（直近3ヶ月分実績の写し） 在宅サービスご利用の方のみ

（5）～（7）は、担当ケアマネジャー様へ依頼して頂きますようお願いいたします。

上記の書類を当施設までご持参又はご郵送下さい。

入居優先順位決定からご入居まで

- (1) 入居の順番は申込順ではなく、「石川県指定介護老人福祉施設入居指針」に基づき、入居検討委員会にて入居優先順位を決定します。（原則、月1回、入居検討委員会を開催しています）

【 お願い 】

待機期間中に、下記の変更等がある場合は、生活相談員までご連絡下さい。

病院へ入院・退院された場合
要介護度に変更があった場合
待機順位を繰り下げたい場合

他施設へ入所された場合
当該入居申込を辞退する場合

介護保険施設入居対象に該当しない場合や、適切なサービスを提供することが困難であると判断された場合には、お申込みを受理できないことがありますのでご了承ください。

- (2) 入居検討委員会によって決定した入居順位名簿上位入居申込者様にご連絡をさせていただきます。
- (3) 上記ご連絡後、ご本人様の状態確認のため面談を行い、入居が可能かを判断させていただきます。
- (4) 入居決定後、持ち物や重要事項について説明し、入居契約を行い、入居日程を調整、ご入居となります。

入居前には、健康診断を受けて頂く必要があります。（ご家族様で費用負担となります）

入院治療が必要等で、適切なサービスを提供することが困難であると判断された場合には、入居できないことがありますのでご了承ください。

【お問い合わせ】 （受付時間：月～金/9：00～17：00）

ご不明点等、お気づきのことがございましたらご遠慮なく下記までお問い合わせください。

社会福祉法人 花木蓮
地域密着型特別養護老人ホーム 花小町もろえ

〒920-0016 石川県金沢市諸江町中丁154番地1

TEL：076(256)1245 / FAX：076(256)1246



石川県 指定介護老人福祉施設入居申込書

申込者（連絡先）

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	—
住所	
氏名	
電話	()

特例入居の事由	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

申込先 (入居希望施設)	地域密着型特別養護老人ホーム 花小町もろえ		保険者	金沢市	
(フリガナ)		性別	被保険者番号		
氏名		男・女	要介護度		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護認定 有効期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
現住所	〒 —		TEL	()	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入居又は入院期間：平成・令和 年 月 日から入居・入院している				
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL () _____				
障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。				
申込状況	<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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既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名 () () ()				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との 関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所：〒 — TEL ())				
意見	【介護しているうえで困っていること等】				
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和 年 月 日 氏名： _____ 印				

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。

※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

介護支援専門員意見書

記入日 令和 年 月 日

入居希望者	(フリガナ)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 () 歳		連絡先	

上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。

介護支援専門員氏名 _____

居宅介護支援事業所名 _____ TEL — —

居宅介護支援事業所所在地 _____ FAX — —

意見記入欄

【本人の状態】

- 要介護度： 1・2・3・4・5
- 認知症高齢者の日常生活自立度（※主治医意見書のものを入力）： 正常・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
- 知的障害・精神障害等の程度： 有 ・ 無
 有の場合：療育手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級
 その他（ ）
- その他（ ）

【本人の心身の状況及び生活の状況】

【家族・介護者等の状況】

【在宅生活継続の可能性】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方（病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

入居申込者状態表

作成日: 令和 年 月 日

担当者: _____

※介護支援専門員がいない場合は、状況を把握されている方にご依頼ください。

ご本人	ふりがな 氏名:		生年月日	M・T・S 年 月 日 ()		
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5	有効期間:	年 月 日	~	年 月 日
	日常生活 自立度	※主治医意見書のものをご記入ください。				
		寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
		認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V			
各種制度の 利用	助成	負担限度額認定証	無・有 利用者負担段階 (4・3・2・1)			
	権利擁護	成年後見制度(補助・保佐・後見 / 任意)・地域福祉権利擁護事業・生活保護制度				
家族構成	本人◎ 女性○ 男性□ 死亡●■ キーパーソン☆			利用している・利用していない		
				訪問介護(事業所名:)		
				通所介護(事業所名:)		
				訪問看護(事業所名:)		
				訪問リハ(事業所名:)		
				通所リハ(事業所名:)		
				訪問入浴(事業所名:)		
				福祉用具貸与(事業所名:)		
その他()						
健康状態	身長	cm	体重	kg		
	現病名					
	既往歴					
	麻痺	無・有 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)		褥瘡	無・有()	
	拘縮	無・有 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)				
	疼痛	無・有 (部位:)				
	視力	無・有 (右・左)	眼鏡の使用 (無・有)		義歯	無・有 (上・下)
	聴力	無・有 (右・左)	補聴器の使用 (無・有)			
	内服	無・有 ()				

A D L	移動	手段	独歩・シルバーカー・歩行器・車椅子・その他()			
		介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	食事	形態	常食・刻み食・極みじん・ミキサー食・おかゆ・ペースト・その他()			
		介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
		使用具	箸・スプーン・エプロン・その他()	アレルギー	無・有()	
	排泄	手段	トイレ・Pトイレ・オムツ・パット・紙パンツ・パルーン・ストマ (常時・夜間)			
		介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	更衣	介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	整容	介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	入浴	手段	一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭・その他()			
		介助	自立・見守り・一部介助・全介助			

認知面	問題	無・有 (短期記憶・長期記憶)				
	周辺症状	暴言・暴行・多動・徘徊・異食・介護への抵抗・収集癖・火の不始末 失見当・妄想・幻視・幻聴・興奮・せん妄・夜間不眠・その他()				