

# 地域密着型特別養護老人ホーム ケアコート徹明通り 入所申し込みのご案内

『ケアコート徹明通り』へお申し込み頂き誠にありがとうございます。

当施設では、身体が不自由な方や認知症の方など、介護が必要な程度や、ご家族等の状況により、岐阜市に定められた基準に添い、特別養護老人ホームのサービスを受ける必要が高いと認められる方を配慮させていただきます。  
ご理解のうえ、ご入居手続きをご案内申し上げます。

## 申込から入所までの流れ

### ✿ 入所要件 ✿

- 岐阜市に住民票のある方
- 在宅での生活が困難な要介護3～要介護5の方
- ※ 要介護1や要介護2であっても、やむを得ない理由により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方については特例的に入所できる場合があります。

### 1. 必要書類のお渡し・提出

- ① 地域密着型特別養護老人ホーム ケアコート徹明通り 入居申込書
- ② 調査票
- ③ 介護保険被保険者証のコピー1部
- ④ 直近3ヵ月分のサービス利用票・別表のコピー

●①～④までの資料が揃いましたら、持参、又は郵送にてご提出下さい。

#### 《注意事項》

- ※①の入居申込書は、入所判定の重要な資料になりますので、記入漏れのないよう正確にご記入下さい。
- ※②の調査票は、原則担当のケアマネージャーに記入を依頼して下さい。  
入院中、または入所中の方は各相談員、担当者にご依頼下さい。  
いずれも難しい場合は、地域包括支援センター職員にご依頼下さい。
- ※④の書類は、現在在宅で、介護保険のサービスを受けられている方のみ提出下さい。

#### 《提出先(持参または郵送)》

〒500-8879

岐阜市徹明通6丁目14番 ケアコート徹明通り

## 2. 書類審査（入所順位の判定）

提出いただいた書類内容を基に、岐阜市入所申込者評価基準表に基づき、入居順位を決定します。

※必要度、緊急度によって優先順位を決定します。申し込み順ではありませんのでご了承ください。

## 3. 面接

入所順位の高い方から、ご自宅または入所施設にお伺いし、ご本人の状況把握をさせていただきます。

その際、申込書一式にありました、『生活調査票』の提出をお願い致します。

## 4. 入所判定会議

書類審査、面接の結果をもとに入所検討会議にて入所の判定を行います。

入所判定の結果は、郵送にてご報告します。

## 5. 入所決定

入所が可能となった場合は、こちらからご連絡を致します。

入所日の調整や入所に必要な諸手続きを生活相談員がご説明致します。

### 提出書類の確認

#### 【申し込み時提出書類】

- 入所申込書
- 調査票
- 介護保険証(写)
- 直近3か月分の利用票  
・別表

#### 《問い合わせ先》

ケアコート徹明通り 担当：

《TEL》 058-215-9070

《FAX》 058-253-9009

(平日 9:00～17:00)

# 入 所 申 込 書

【ケアコート徹明通り】に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	<p>入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得る事に同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供する事に同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏名 印</p>
-----	---

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名
		電話
		携帯

入 所 申 込 者	フリガナ		性別	保 険 者		
	氏 名	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)	
	現 住 所	〒 住所		要 介 護 認 定 有 効 期 間	年 月 日 から	
					年 月 日 まで	
	居 住 状 況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他( )		
			<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居			
			<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居			
			<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(口特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(口特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(口特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(口特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:			
	※別居家族( <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし )					
住 環 境	<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、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
特例入所理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように)					

入所申込者	認知症による行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力や自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> その他【 ※上記の頻度や行為等具体的に記入して下さい。 【 】				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( )				
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国・厚・共・他) 円/月 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 生活保護(有・無) <input type="checkbox"/> 介護負担限度額(有[ ]段階・無) <input type="checkbox"/> 市民税(課税世帯・非課税世帯) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(有[ 種 級]・無)				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名: ) (申し込み時期: 年 月 日)				
主介護者	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	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他( )				
家族状況	氏名	年齢	続柄	職業	本人との関係	電話番号
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由: )				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい				
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名( )名前( ) <input type="checkbox"/> いない				

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証(写)・直近3ヶ月分のサービス利用票(写)を併せて提出願います。  
※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。  
※申し込み無い様に変更が生じた場合は、施設にご連絡ください。  
※すべての項目に記入漏れがない様にご注意下さい。  
※別途資料の提供を求められる場合があります。

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 令和 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名												
	所在地	〒											
	担当者名												
	電話	( )				携帯	( )						
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)	施設記入欄	
	氏名	印				性別	男 ・ 女						
	住所					電話	( ) -						
	保険者					要介護状態区分	要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )						
	保険者番号					被保険者番号							
	要介護認定有効期間	年 月 日				～	年 月 日						
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名									
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名				電話					
	医療状況	現在治療中の病名		( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所 )									
		医療機関名		担当医師名									
		入院・所の場合		ヶ月間		電話							
		医療機関住所											
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均)  %							
<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> その他(種類: )		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない													
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居												
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他( )									
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居											
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス( <input type="checkbox"/> 特定 ) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム( <input type="checkbox"/> 特定 ) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅( <input type="checkbox"/> 特定 ) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム( <input type="checkbox"/> 特定 ) <input type="checkbox"/> その他(施設名等: )													
※別居家族( <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし )													

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両上肢/左・右・両下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又ははない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 ) <input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 (内容 ) <input type="checkbox"/> 特になし		
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: )		
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				