

(様式1)

### 特養入所希望調査票兼申込書

地域密着型特別養護老人ホーム「グレイスホーム」

申込者	ふりがな		申込受付日							
	氏名		被保険者番号							
	生年月日		性別	男	女					
	住民登録地	都・道 府・県	市・ 町・村							

家族等の 連絡先	住所					
	氏名	電話	(	)		

本人および介護者の状況		該当に ○をつける	点数					
			1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
			年月	年月	年月	年月	年月	年月
要介護度	要介護5	40点						
	要介護4	40点						
	要介護3	20点						
	要介護2	10点						
	要介護1	5点						
	認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動あり(要介護1～3のみ加算)		10点					
介護の必要性	①身体的理由または認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動のための在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が、利用上限単位数の平均の							
	6割以上	30点						
	4割以上6割未満	20点						
	4割未満	10点						
②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所		20点						
家族等介護者の 状況	①単身	30点						
	②高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点						
	③介護者が就業中・複数の人を介護している等	10点						
合 計			点	点	点	点	点	点

居宅サービスの 利用状況※	平成 年 月	単位	平均単位数	単位
	平成 年 月	単位		
	平成 年 月	単位		

入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃	備考
--------	--	----

特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該 当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況	保険者市町 意 見	<input type="checkbox"/> 該 当
	<input type="checkbox"/> 非 該 当				<input type="checkbox"/> 非 該 当

他の特別養護老人ホーム への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる	<input type="checkbox"/> 申し込んでいない
	(申し込んでいる場合の施設名)	

介護が困難な現状等 (介護者の課題、介護の状況の変化等)	
---------------------------------	--