

## 入所関係書類一覧

1. 社会福祉法人 実寿穂会 法人パンフレット・・・・・・・・・・1通
2. 『社会福祉法人実寿穂会 ラ・ポール有田』からのご挨拶・・・・・・・・1通
3. 特別養護老人ホーム 入所申請手続きの流れ・・・・・・・・・・1通
4. 提出書類一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1通
5. 入所申込書（申請用紙）・・・・・・・・・・・・・・・・・・1通
6. 担当者の意見書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1通
7. 利用料金表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1通

以上7通

## ラ・ポール有田よりご挨拶

### 前略

この度は、当社会福祉法人 実寿穂(みずほ)会 特別養護老人ホーム『ラ・ポール有田』の入所申し込みを頂きまして有り難うございます。

当法人は、1975年長崎市赤迫地区に保育園を開設し、その後、特養・デイサービス等10の事業を展開してまいりました。この度福岡市より早良区において特別養護老人ホーム建設の採択を頂き、平成27年3月1日に開設を致しました。

smile『笑顔』safety『安全』speedy『迅速』の3つを理念にかかげ、笑顔・やさしさ・清潔感にこだわりを持った施設運営をしてまいります。早良区の施設でも皆様方のご期待に沿えるサービスを提供していく所存でございます。 草々

## 施設のご案内

### 【施設概要】

1. 施設名: 特別養護老人ホーム 『ラ・ポール有田』
2. 住所: 福岡市早良区有田7丁目2番4号
3. 定員: 100名
4. 敷地面積: 6669.86㎡
5. 構造: RC鉄筋コンクリート造り3階建て
6. 施設形態: ユニット型 特別養護老人ホーム

※ユニット型特養とは、少人数を顔馴染みの職員が介護し個別ケアを提供して行く施設です。

ユニットでご飯を炊き味噌汁の香りがするなかで目覚める等、家庭の雰囲気大切にしながらご利用者の方々にできる限り自立した生活を送って頂けるよう支援する施設です。

7. 居室: 全室個室のユニット型 1ユニット10部屋 1フロア4ユニットの構成
8. 間取り: 平均12.10㎡ トイレ・洗面台・ベッド・空調を完備
9. 人員体制: 介護職員は24時間体制で配置

### 【募集要項】

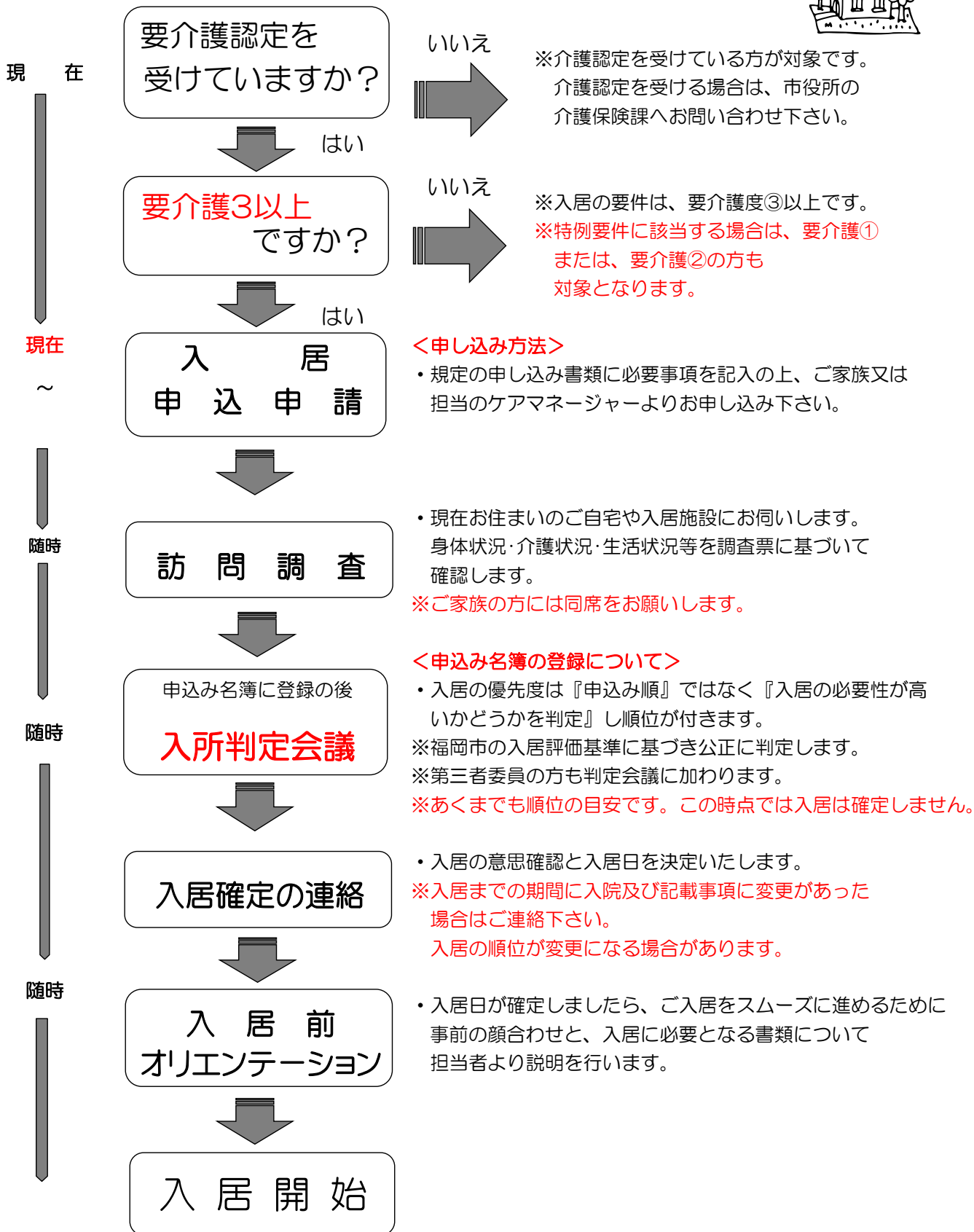
1. 対象: ①要介護3以上の方
2. ②特例要件に該当する要介護1または要介護2の方
3. 申込書受付期間: 随時受付中
4. 選考: 福岡市の判定基準に基づき公正に判定、訪問調査・書類審査の上選定
5. 申込書送付先: 下記住所迄
6. 注意事項: 申込書の内容に変更があった場合は、施設にご連絡下さい。

尚、ご不明な点がございましたら下記担当迄、遠慮なくお尋ね下さい。

【申し込み書送付先】〒814-0033 福岡県福岡市早良区有田7丁目2-4  
特別養護老人ホーム ラ・ポール有田  
☎ 092-852-8111 担当: 小島

※担当職員が不在の場合もございますので、お手数ですが事前にご連絡下さいますようお願い致します。

# 入所申請手続きの流れ



## < 提出書類一覧表 >

★ 提出書類は、下記の通りとなっております。

提出書類一覧表 ※本用紙になります。

入所申込書

担当者の意見書

(担当のケアマネージャー or 病院等のソーシャルワーカーへ依頼し  
記入をお願いします。)

介護保険被保険者証のコピー

サービス提供利用票・別表の写し(直近1ヶ月分)

(在宅サービス利用中の方のみ)

郵送頂く前に上記チェック表に  を入れ、ご確認のうえ提出して下さい。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

社会福祉法人 実寿穂会  
特別養護老人ホーム ラ・ポール有田  
☎ 092-852-8111

担当:小島

有効期限

令和3年9月30日

様式1

(特別養護老人ホーム ラ・ポール有田)

## 入 所 申 込 書

|                                      |   |   |                     |                        |        |
|--------------------------------------|---|---|---------------------|------------------------|--------|
| 申込年月日                                | 令和 年 月 日  | 受付番号  |                     |                        |        |
| 入<br>所<br>申<br>込<br>者                | フリガナ<br>氏 名   |   | 生年月日                | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 ( 歳) | 性別 男・女 |
|                                      | 住 所   | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
|                                      | 連絡先   | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
|                                      | 介護認定  | 申請(更新・変更)中・済  |                     | 被保険者番号                 |        |
|                                      | 要介護度  | 1・2・3・4・5   |                     | 有効期間                   |        |
|                                      | 現在の住居   | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院<br><input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム<br><input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅<br><input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( ) |                     |                        |        |
|                                      | 年 月頃より  |   | 施設名【 】              |                        |        |
| 家<br>族<br>・<br>申<br>込<br>者           | フリガナ<br>氏 名   |   | 続柄                  | 備考                     |        |
|                                      | 住 所   | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
|                                      | 連絡先1  | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
|                                      | 連絡先2  | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
| 居<br>宅<br>支<br>援<br>事<br>業<br>者      | 事業所名  |   | 事業者番号               |                        |        |
|                                      | 住 所   | 郵便番号( - )   | 電話番号                | ( )                    |        |
|                                      | フリガナ<br>担当者名  |   | 備考                  |                        |        |
| 他<br>施<br>設<br>の<br>申<br>込<br>状<br>況 | 施設名1  |   | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |                        |        |
|                                      | 施設名2  |   | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |                        |        |
|                                      | 施設名3  |   | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) |                        |        |
| 入所希望時期                               | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい |   |                     |                        |        |

## 【説明確認及び同意書】

## 次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

## 次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄 \_\_\_\_\_)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。  
該当する項目にチェックしてください。

- 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こと
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと
- 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こと。
- 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こと。

|          |      |  |     |                           |
|----------|------|--|-----|---------------------------|
| 施設<br>記入 | 担当者名 |  | 職 種 | 施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他( ) |
|          | 備 考  |  |     |                           |

# < 担当者の意見書 >

業務繁多の折、申し訳ございませんが、担当ご利用者様に関する下記の設問についてご協力お願い致します。

## 入所申込者名

設問1. 申込者(ご本人)についてお伺いします。

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 現在の申込者(ご本人)の世帯状況          | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居<br>※高齢者とは、65歳以上を指します。  |
| ※現在、入院・入所中の方のみ<br>ご記入下さい。 | 退院・退所後に戻る先 → <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 施設など → ( )   |
| 医療機関                      | 主治医   |
| 医療処置                      | <input type="checkbox"/> 医療処置 有り <input type="checkbox"/> 医療処置 無し<br><input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【現在の治療中の病気・特記事項】 |

設問2. 主に申込者の介護をされている方の状況についてお伺いします。

|             |     |    |
|-------------|-----|----|
| 主に介護をされている方 | お名前 | 続柄 |
|-------------|-----|----|

※上記に記載された方の状況についてお伺いします。

| 年齢                      | 65歳未満  | 65歳以上75歳未満  | 75歳以上                                     |
|-------------------------|--|---|---|
| 要介護認定の有無                | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → | <input type="checkbox"/> 要支援認定  | <input type="checkbox"/> 要介護認定            |
| 障害や疾病の有無<br>※困難なものにチェック | <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は                         | <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排泄 | <input type="checkbox"/> 無 ※その他病名など → ( ) |
| 置かれている状況                | <input type="checkbox"/> 申込者以外にも介護をしている                    | <input type="checkbox"/> 子守や育児をしている   | <input type="checkbox"/> 就労している           |
| その他家族・近隣者等の<br>介護支援の有無  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →    | 有の場合は (続柄など:  | 日/週程度)                                    |

設問3. 認知症の症状・頻度についてお伺いします。

- 問題行動がほぼ毎日ある  問題行動が時々ある  問題行動はない

<過去1ヶ月の行動について>

※複数可

- 暴言  暴力  異食  介護拒否  物盗られ  幻覚・妄想  昼夜逆転  
 不眠  不潔行為  徘徊  帰宅願望  話の繰り返し  感情の不安定

設問4. 入居を希望されている理由についてお伺いします。 ※複数可

- 家族等の介護拒否がある(経済搾取・ネグレクト)  経済的な理由により居宅サービスの利用が出来ない  
 主介護者が遠距離(県外)である  住環境(経済的・構造上等)の事情により介護が困難  
 長期間(6ヶ月以上)にわたる在宅介護を行っている  在宅で医療的な処置がある  
 施設(老健・GH)や病院から退所を求められており、在宅介護困難  設問3に該当しない認知症状が見られる

設問5. 自由記載欄ではありますが、できるだけ申込者等の情報提供をお願いいたします。

|      |  |       |   |
|------|--|-------|---|
|      |  |       |   |
| 事業所名 |  | 記載者氏名 | 印 |