

特別養護老人ホーム入所待機者調査票【市町村提出用】

令和4年5月20日

八千代市 長寿支援課長 様

法人名 社会福祉法人〇〇会

施設名 特別養護老人ホーム〇〇〇〇

担当者名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

調査対象は、前月2日から当月1日

令和4年4月2日から令和4年5月1日までの入所待機者のうち、保険者住所が貴市町村の入所待機者は、以下のとおりです。

1 新規入所者

入所者氏名	フリガナ	入所者（保険者）住所	入所年月日	要介護度	特例入所要件※1	介護保険被保険者番号
該当なし						

該当がない場合は氏名欄に「該当なし」と表記する

2 新規入所申込者

申込者氏名	フリガナ	申込者（保険者）住所	現在の状況※2	要介護度	特例入所要件※1	介護保険被保険者番号
千葉 太郎	チバ タロウ	〇〇市×町1-1	1	2	4	1234567890

申込された方の住所を表記する。『住所地特例』の対象者の方は、転居前の住所で表記してください。

3 申込取下げ者

取下げ者氏名	フリガナ	取下げ者（保険者）住所	取下げ理由※3	介護保険被保険者番号
該当なし				

※1…要介護度が1又は2の場合に以下の要件に当てはまるのか数字を1つ記載してください。
 1-認知症であるものであって、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。
 2-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。
 3-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。
 4-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。

※2…「現在の状況」欄は、入所希望者が以下のいずれの状態にあるかを番号で記載してください。
 1-居宅、2-病院、3-介護老人保健施設、4-療養型病床群、5-養護老人ホーム、6-その他
 （その他の場合は施設種別を記載してください。（例：有料老人ホーム、認知症グループホームなど））

※3…「取下げ理由」欄は、簡潔に記載してください。（例：死亡、他施設入所 等）