

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	-
住所	
氏名	
電話	() ()

※特列入所の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	申し込み先 (入所希望施設)		※保 険 者	
	(フリガナ)		性別	
	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
	現住所	〒 - 年 月 日から 年 月 日まで		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らししている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名または病院名 : _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期 : _____ 年 月 から入所・入院している		
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
	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		
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	
	氏 名		本人との関係	
	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: _____)		
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		

今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。

年 月 日

本人又は介護者の氏名 : _____ 印

※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。
 ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付してください。

特例入所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たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- 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入して下さい。

●備考

ケアマネジャー記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
	日 (記入日)	家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		そ の 他	

入所申込書受付日： 年 月 日		受付番号		入所日： 年 月 日		
施設 記 入 欄	年	要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	単身・	%	
	3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中		
			点	点	点	
	月 日 (記入日)	(評価すべき個別の事項等)				
入 欄	年	要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	単身・	%	
	3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中		
			点	点	点	
	月 日 (記入日)	(評価すべき個別の事項等)				

