

入 所 申 込 書

申込年月日		令和 年 月 日	
本人	フリガナ 氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳) 性別 男・女
	住所	郵便番号(-)	電話番号 ()
保険者名			
家族・申込者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 年 月 日
	住所	郵便番号(-)	電話番号 () 携帯番号 ()
	その他の連絡先住所	郵便番号(-) 氏名 続柄:()	電話番号 () 携帯番号 ()
	その他の連絡先住所	郵便番号(-) 氏名 続柄:()	電話番号 () 携帯番号 ()
居室介護 支援事業者	事業所名	事業者番号	
	所在地	郵便番号(-)	電話番号 ()
入院・入所先	フリガナ 担当者名	備考	
	施設名	施設種別	
他施設の申込状況	所在地	郵便番号(-)	電話番号 ()
	フリガナ 担当者名	入院年月日	年 月 日 病名
	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)		

【説明確認及び同意書】

・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。

・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同意します。

・入所可能な案内があ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、入所順位名簿から削除されることに同意します。

・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

・施設が居室介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、又、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所希望者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印(続柄 _____)

施設記入	担当者名	職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
	受付番号	受付年月日	令和 年 月 日
備考			

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	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない (<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) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 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。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <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) 5. 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。 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 【現況】 <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	
		食事 状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(経管栄養等を含む) 嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる 排泄 状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類 <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 入浴 状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 立位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 器具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 操作不可) <input type="checkbox"/> リクライニング車 その他 意思疎通 <input type="checkbox"/> 十分に可 <input type="checkbox"/> ある程度可 <input type="checkbox"/> 相づち程度なら可 <input type="checkbox"/> 不可 視力 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
入所希望者の身体状況	現在の住居及び介護サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() 2. 病院 (病名: _____ 入院: 年 月から) 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護(<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
入所者本人の状況	特例入所要件の有無 有(詳細は別紙「特例入所申込書」とおり)・無	*本人や介護者の状況で特に困っている点などを記入して下さい。(認知症・精神の状態等) <u>(重要ですので必ずご記入下さい)</u> 【現在治療中の傷病名・服薬状況・医療状況】 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病(<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インシュリン注射()回/日) <input type="checkbox"/> パーキンソン氏病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 再入所 <input type="checkbox"/> 緊急性() <input type="checkbox"/> その他()	
その他	※居室の種類の希望を下記より選び、必ずチェックをつけて下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらか早い方優先		