

記入例

申込日	年	月	日	受	日
-----	---	---	---	---	---

申込者窓口に来られた方を記入する。
連絡がつく番号を

入所申込書

こうほく施設長様

入所申込者（記入者

（続柄）

TEL

特別養護老人ホームこうほくに入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			生年月日		
氏名			明治・大正・昭和	年	月
現住所	郵便番号		〒		
	被保険者番号				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		認定期間	年	月
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 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。		入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため	
	<input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。			<input type="checkbox"/> " 高齢、障害	
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。			<input type="checkbox"/> " 就労して	
	<input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> " 育児等	
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者	<input type="checkbox"/> 不在	
	Tel			<input type="checkbox"/> 介護者が育児等している	
	担当者			<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい	
健康保険	種類		入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ	
年金の種類等	種類				
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
【地域支援事業】		<input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)			
(前月の介護保険利用実績) _____ 単位(直近3ヶ月の平均) _____ 単位①		(支給限度基準額) _____		利用率 _____ (%)	
利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6		現在入院中の場合は入院先の病院名、入院診断名、受けている医療内容に該当する項目に記入する。		午後 10:00 (夜間)
	<input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8				午前 6:00 (深夜)
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) _____) 年 月 日~		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他(_____) [現在治療中の病名] (_____)				

過去の入所・入院状況	種類		年 月 日～	年 月 日
	名称		理由	
	種類		年 月 日～	年 月 日
	名称		理由	

※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項

(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。

夫と二人暮らしをしていたが、亡くなってからは一人で畑をしながら生活してきた。膝の痛みがあり、整形外科には週2回受診していたが、認知症も始まり医者にも行けなくなった。料理をしている際にボヤを出してからは家族が作ったものを食事として用意してきたが、日中も徘徊するようになり警察にも保護された。同居の家族も共働きで日中は不在であり、同居の長男も本人に対して厳しい言葉を発したりお互いの関係性も悪くなってきた。自宅も近く今後も面会や必要に応じて協力できる地域にある施設に入所を希望している。現在は介護保険認定も受けてデイサービスや福祉用具を使用している。

他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () ()
	() () () ()
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () ()
	() () () ()

主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無	
		☎		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他					

家族等の状況	家族図		<p>入所希望者の別居の家族も記入してください。現在2世帯等で同居の場合は構成員を記入して下さい。</p> <p>(例) ○男 18歳 学生 名古屋 (例) ○子 (長女) 東京在住 (例) ○美 (次女) 長野市内</p>

- 添付書類
- 直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表」(写)
 - 居宅サービス計画書(写)
 - 介護保険証(写)
- 介護保険証書は施設でもコピーとれます。在宅サービスなければ計画書

同意欄	私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。	
	入所選考委員会において入所希望者、家族などの個人情報の収集を関係機関から行うことについて、私は個人情報を提供、共有することについて同意します。	
	介護度2又は1、及び更新認定の結果介護度2又は1になった時には、特例入所を希望しますので、市町村へ意見を求めることに同意します。	
	利用者氏名	_____
	年 月 日	_____
	ご家族氏名	_____