

有効期限

令和6年9月30日

(特別養護老人ホーム

様式1
)

入 所 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	受付番号				
入 所 申 込 者	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	()		
	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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	年 月頃より	施設名【 】				
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 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 宅 支 援 事 業 者	事業所名	事業者番号				
	住 所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	フリガナ 担 当 者 名	備 考				
他 施 設 の 申 込 状 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内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名

(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必ず確認してください。

【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 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			

調査票

調査年月日		令和 年 月 日		受付番号		
フリガナ				明治・大正・昭和		
入所申込者名		男・女		生年月日		
				年 月 日(歳)		
本人の状況	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		認知症行動		
	認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		ほぼ毎日・週1~2回程度・なし		
		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無		有(級)・無		
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		有(級)・無			
介護サービスの利用状況	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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()			
			年 月頃 より入所・入院中		施設名	
	居宅介護サービス利用状況	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ	単位
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	単位
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ	単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位	
		<input type="checkbox"/> 通所介護	単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	単位	
		上記合計	0 単位 ÷ 26,135 × 10 =		0 割	
	単包単位	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下				
介護者等の状況	介護者1	フリガナ			家族の構成	
		氏名	同居・別居			
		続柄	年齢	歳		
	住所	〒				
介護者2	フリガナ			家族の構成		
	氏名	同居・別居				
	続柄	年齢	歳			
	住所	〒				
	介護者の障がい・疾病等	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り				
住居	市内外の居住状況		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外			
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:				
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:				
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:				
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:				
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:				
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:				
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:				
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:				
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:				
地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:					
その他	<input type="checkbox"/> 理由:					
備考						

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()