標準様式１

表

指定介護老人福祉施設［特別養護老人ホーム］等入所申込書兼台帳

申込者連絡先（家族等代理の方の場合）			
	氏名：	続柄	
	〒 住所：		
	電話番号		

施設記入欄				
	申込日	年　月　日	受付日	年　月　日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要　・　要 報告日：　年　月　日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況					
	（フリガナ）		性別	保険者（番号）	
	氏名		男 女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（満　歳）		要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで ※未申請の方は記入してください 年　月　日
	要介護度	１・２・３・４・５ ↓ 要介護１・２は下記のいずれかの該当が必要です □認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 □知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・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等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 □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。			
	障がいの程度	□療育手帳あり　（□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　）			
		□精神障がい者保健福祉手帳あり　（□１級　□２級　□３級）			
	自宅住所	〒		電話番号	
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	□自宅で単身　□高齢者のみの世帯　□自宅で家族と暮らしている　□他の施設や病院に入っている			
		施設・病院の名称		所在地	〒　－
		入所又は入院期間	平成　年　月から（　年　か月）	電話番号	（　）
	入所申込理由	□介護する者がいないため □介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため □介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため □介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □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 □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 □その他（　）			
	本人の入所意向	□入所を希望している　□迷っている　□拒否している □知らせていない　□認知力低下により理解困難			

裏

本人の状況

在宅介護継続期間	年　　か月		居宅サービスの利用の有無		□有(下記も記入してください) □無		
申込日前月に利用中のサービス(　月分)	訪問介護	回／月	訪問入浴	回／月	訪問看護	回／月	
	通所介護	回／月	短期入所生活・療養介護	日／月	訪問リハ	回／月	
	その他						
入所希望時期	□早期希望（１～３か月内）　□６か月以内　□１年以内　□１年以上（　　）年以内						
利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：		担当ケアマネジャー名				
医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□酸素療法　□インスリン自己注射　□ストーマ(人工肛門)処置 □カテーテル　□中心静脈栄養 □その他（　　） 現在治療中の病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 受診している医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿ 【特記事項】						
他施設への申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申込んで（予定も含む） いる　（　　箇所） 既に申込んでいる施設名　（　　）（　　） 今後申込む予定の施設名　（　　）（　　） 特養待機期間（他施設も含む）　　年　　か月						

主たる介護者の状況

家族構成	□親　□配偶者　□子　□孫　□その他（　　）　**計　　人**				
(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄(　　)　□同居　□別居 住　所：
主たる介護者の氏名		男・女	満　歳		電話番号：　　(　　)
意見等(介護等で困っていること)	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)				
同居以外の親族・援助者の有無について	１．子　　２．兄弟・親戚等　　３．親族はないが援助者あり　　４．親族・援助者なし				

■注１　介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近３か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注２　要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注３　必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注４　入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

□　入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

□　介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護１又は２で特例入所の要件に該当する人のみ】

□　介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年　　月　　日

入所申込者（本人）　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族等代理の方　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主たる介護者の方　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿