

(様式 1)

## 特別養護老人ホーム入所申込書 (その 1)

No.

特別養護老人ホーム 健寿園新館 施設長 様

申 込 日	2 0	年	月	日
受 付 日	2 0	年	月	日

【申込者】

住 所	〒		
(ふりがな)		本人との関係	
氏 名			
電 話 番 号	( )		

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者											
			男	被保険者番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )	女	要 介 護 度	1	2	3	4	5						
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで											
	在宅サービスの利用状況(月間又は週間利用回数を記入してください。入院や入所中の方は入院や入所前の利用状況を記入して下さい。利用実績が無い方は未記入で構いません。)	1 訪問介護 ( 月 回 週 回 ) 2 訪問入浴介護 ( 月 回 週 回 ) 3 訪問看護 ( 月 回 週 回 ) 4 訪問リハビリテーション ( 月 回 週 回 ) 5 通所介護 ( 月 回 週 回 )				6 通所リハビリテーション ( 月 回 週 回 ) 7 短期入所生活介護 ( 月 回 週 回 ) 8 短期入所療養介護 ( 月 回 週 回 ) 9 福祉用具貸与・購入費の支給 ( ) 10 現在の入院・入所先の施設名 ( )									
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気や医療・健康上の必要な処置等】													
	入所を希望する理由	1 単身生活者で介護する者や入所手続き等を行える身寄りが全くいないため (理由 : ) 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため (理由 : ) 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため (理由 : ) 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため (理由 : ) 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため (理由 : ) 6 病院や介護保険施設等に入院・入所しているが替わりたい (理由 : ) 7 その他 ( )													
	収入	生活保護・無・年金等・自己収入	負担限度額認定証	1. 有 (段階 : ) 2. 無 3. 未申請											

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

介 護 者 の 状 況	申 込 者 又 は 主たる介護者 の 状 況	( ふ り が な ) 氏 名		性 別 男 ・ 女	本 人 と の 関 係	
		生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )			
		同 居 の 区 分	1. 同居 2. 別居 (住所: )			
		利用者本人以外の複数 介護の状況	1. 利用者本人以外に有 (要支援/要介護____の者) ・有のため介護困難 ・有だが多少介護可能 ・有だが介護可能 2. 利用者本人以外になし			
主 たる 介 護 者 の 就 労 状 況	主たる介護者の育児・家族の状況		主 たる 介 護 者 の 健 康 状 態			
	1 有 (該当するものに○) ・ 8時間以上・高齢で就労不能 ・ 4時間以上 8時間未満 ・ 4時間未満 2 介護のために仕事をやめた 3 なし		1 有 (該当するものに○) ・ 常時の育児・看病が必要 ・ 半日育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要 ・ 65歳以上の高齢世帯のみである 2 なし		1 良好 2 不良 (該当するものに○) ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能	
	申 込 者 の 同 居 者 や 親 族 又 は 従たる介護者等 の 状 況	( ふ り が な ) 氏 名		性 別 男 ・ 女	本 人 と の 関 係	
		同 居 の 区 分	1. 同居 2. 別居 (住所: )			
		申込者の同居者や親族又は従 たる介護者等の介護の可能性	1. 申込者又は主たる介護者以外なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能			
	介 護 期 間	年 ヶ月				
上 記 以 外 の 親 族 等 に よ る 介 護 の 可 能 性	1. 上記以外の親族等なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能					
そ の 他	入 所 を 希 望 す る 時 期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい				
	居宅において日常生活を行う ことが困難であることについ てのやむを得ない事由 (要介護1又は2のみ記載)	<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 <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 意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られる <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"/> 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な 状況である。				
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を 受けました。 20 年 月 日 氏 名: _____ ※郵送で申込の場合には、同封しております『入所指針』『評価基準』をご一読頂きご署名ください。					

注1 『介護保険被保険者証 (写)』及び入手可能な方は『認定調査票 (写)』を添付してください。また、在宅サービスの  
利用実績が有る方は『サービス利用表 (写)』、『サービス利用表別表 (写)』3ヵ月分も合わせて添付してください。