

(様式例1)

特別養護老人ホーム入所申込書

施設名.....

施設長様

受付日	年	月	日
-----	---	---	---

特別養護老人ホームに入所を申込みます。

本人の状況	フリガナ		生年月日	明大昭	年	月	日	歳		
	氏名									
	住所	〒								
	申込者	(続柄:)					TEL:			
	住所									
	今後の連絡先 <small>*申込者と同じ場合は記載不要</small>	氏名						TEL:		
	被保険者番号				身体障害者手帳等の有無	有・無				
	要介護度	1・2・3・4・5			()					
	現況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 5 その他 ()								
	入所申込の理由 <small>(該当するものすべてを選んでください。)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 【現在受診している病院・診療所名及び科名】 []									
他施設等申込状況	有・無	有の場合施設名をご記入ください。					1	2	3	4
主たる介護者	フリガナ			生年月日	本人との続柄		同居の区分			
	氏名						同居・別居			
	身体障害者手帳等の有無	有・無 ()		要介護認定の有無	有・無 支援1・支援2・1・2・3・4・5					
同居家族構成	氏名	続柄	摘要	氏名	続柄	摘要				
説明・同意	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日 申込者氏名 印									

※ 記載について

「申込者」： 本人又は本人を代理する家族等になります。

「今後の連絡先」： 本人又は本人を代理する家族などで確実に連絡が取れる方。

「被保険者番号」： 介護保険被保険者証の被保険者番号を記入ください。

「要介護度」： 〃 の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。

「障害者手帳の有無」： 有・無を○で囲んでください。有の場合、身体・精神の該当する方を○で囲んでください。

「現況」： 該当する番号を○で囲んでください。
施設又は病院等に入所（院）中の方は施設名又は病院名を記入ください。

「入所申込の理由」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）。

「医療の状況」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）。

「他施設等申込状態」： 有・無を○で囲んでください。
有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。

「主たる介護者」： 主に介護を行っている方について記入ください。
また、同居、別居のいずれかを○で囲んでください。
施設、病院に入所（入院）中の方は入所（入院）前の主たる介護者を記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合は氏名欄に「介護者なし」と記入ください。

「同居家族構成」： 摘要欄に、就業、大学生、高校生、中学生、小学生、就学前等と記入ください。

「説明・同意」： 申込者は施設より入所について、説明を受け、同意してください。

* 申込みは状況等をお聞きしますので、ご家族等が直接施設の窓口にご提出してください。その際には日時を下記の担当者に事前にお電話でご予約願います。

申込書及び介護支援専門員の意見書は、各々の施設で必要ですので、お手数ですがご準備願います。

● 担当者(生活相談員)

にながわ光風苑 柳 田 0 7 6 - 4 2 9 - 7 4 7 4

くまの光風苑 秋 濃 0 7 6 - 4 1 1 - 8 1 3 3

堀川南光風苑 菅 田 0 7 6 - 4 6 4 - 3 1 3 3

ながれすぎ光風苑 野 崎 0 7 6 - 4 2 4 - 7 0 0 5

● 添付書類

介護保険被保険者証・印鑑・介護支援専門員の意見書
障害者手帳・介護保険料納付通知書・・・ある場合のみ

介護支援専門員意見書

令和 年 月 日現在

入所申込者 氏名		所属事業所名	Tel
入所申込者 住所	Tel	介護支援専門 員等氏名	印

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 本人の状態

ア 要介護度： 要介護度 1・2・3・4・5

イ 認知症の有無： 認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

ウ 行動障害等の有無： 有（内容： ） ・ 無

エ その他（ ）

2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

ア 在宅サービスの利用状況（直近1ヶ月の在宅サービス利用状況）

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
訪問入浴	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	福祉用具貸与	その他（ ）

イ その他（居所の状況、本人の現在の生活に対する訴え等）

（ ）

3 家族・介護者等の状況

ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

（ ）

イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

（ ）

ウ 主介護者以外の家族等の協力状況

（ ）

エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

（ ）

オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

（ ）

4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

現在の状況で継続可能

在宅サービスの追加等で継続可能

在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。