特別養護老人ホーム入所申込書

施設名

受付日	年　月　日

施設長様

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		性別	申込者	フリガナ		続柄
	氏　名		男・女		氏　名		
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）			住　所	〒 TEL	
	住　所	〒 TEL					
	今後の連絡先	住所〒　氏名 TEL					
	被保険者番号				障害者手帳の有無	有（身体・精神） 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（該当するものすべてを選んでください。）	□介護する者がいない。 □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。 □介護者が就労しているので、十分な介護が困難。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 □居住環境の事情により十分な介護が困難。 □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。 □その他（　）					
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□ｲﾝｼｭﾘﾝ注射　□ 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				

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 要支援1・2 介護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同意し、入所を申込みます。 平成　年　月　日 申込者氏名　印
主たる介護者の意見	家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。

※　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・無を〇で囲んでください。有の場合、身体・精神の該当する方を〇で囲んでください。

「現況」：該当する番号を〇で囲んでください。
施設又は病院等に入所（院）中の場合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・無を〇で囲んでください。
有に〇の場合、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、別居のいずれかを〇で囲んでください。
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	蜷　川	０７６－４２９－７４７４
くまの光風苑	田　口	０７６－４１１－８１３３
堀川南光風苑	野　澤	０７６－４６４－３１３３
ながれすぎ光風苑	秋　濃・柳　田	０７６－４２４－７００５

●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

（様式例３）

介護支援専門員等(※)意見書

平成　　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カ月の在宅サービス利用状況）

（　　）

イ　その他（居所での状況ＡＤＬ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。