

(別紙様式1)

# 入 所 申 込 書

○本人（申込者）記入欄（本人又は申込者が御記入ください。）

申込者連絡先	フリガナ 氏 名		続柄	
	住 所	〒 _____		
	電話番号	自宅： ( )		

処理状況欄	申 込 日	年 月 日
	受 付 日	年 月 日
	施設記入者名	印
	担当者名	

本人の状況	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		住民登録	市・区・町・村
	現 住 所	〒 _____		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		

○施設記入欄（施設の方で面接時に確認しながら記入します。）

本人の状況	介護保険	保 険 者																			
		被保険者番号																			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中																			
		(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日																			
	健康保険	種 別																	記号・番号		
	年金等	種 別																			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____ ) (判定 級(度) 年 月 日)																			
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護 ( 年 月から) <input type="checkbox"/> 施設介護 ( 年 月入所)																			
	現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ)																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護																		回/月 [ ]	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給																			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )																			
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている																			
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム																					
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院																					
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> その他																					



本人の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無いなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離（県外・市外）や入院中等により介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住宅の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	特例入所を希望する理由 （要介護1又は2の方のみ記入）	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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である
	具体的な状況	（居宅において日常生活を営むことが困難な事由について、具体的な内容をご記入ください。）

その他の	主な介護者の状況	(フリガナ) 氏 名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所： _____ 電話： _____				
	意見	(介護をしている上で困っていることなど)				
	他の親族・援助者等の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり（ ） <input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族なし・援助者なし				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい					

