

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

申請される方へ

希望施設へ申込される際は、施設の担当職員が不在となる場合がございますので
 お手数をおかけしますが、事前にお電話等で、訪問日等をお決めください。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（新規・変更）

申請者 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____
 希望者との続柄（ _____ ） 電話（連絡先） _____

入所希望施設		個室がある場合の希望	
施設名		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望なし	
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済（予定）の施設名称 (_____) (_____) (_____)		
入所希望者			
フリガナ		生年月日	性別
氏名		明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	男・女
現住所	郵便番号	電話番号	
被保険者番号		保険者名	
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		
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
認知症高齢者の日常生活自立度（主治医意見書）		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
該当する在宅 での日常生活 が困難な事由 (要介護1又は 2の者はチェッ ク等を記入し詳 細は裏面※項目 に必ず記入)	<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。	入所を希望する理由 ※複数回答可 該当する事項を チェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<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が頻繁に見られる。		<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため
	<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"/> 介護者が就労しているため
担当の居宅介護 支援事業所等	<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。		<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため
	事業所の名称		<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため
	Tel		<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい
	担当者		<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい
		特養入所への本人意向	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 判断不可
健康保険	種類		
年金の種類等	種類		
居宅サービス等の 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用あり(直近3ヶ月の平均 _____ 単位)① <input type="checkbox"/> 利用なし		
	(支給限度基準額 _____ 単位)② ①÷②×100=(在宅サービス利用率 _____ %)		
現況及び医療 状況	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____) 年 月 日～		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他(_____) [現在治療中の病名] (_____)		

過去の入所・入院状況 (過去3年分) ※記載欄が不足する場合は、別紙等の添付をお願いいたします。	種類		年 月 日～ 年 月 日			
	名称		理由			
	種類		年 月 日～ 年 月 日			
	名称		理由			
	種類		年 月 日～ 年 月 日			
	名称		理由			
※入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項(要介護1又は2の方は在宅生活が困難な理由を付記してください)						
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無	
		Tel		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
希望者との関係	<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"/> その他 ()					
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	備考

<居宅介護支援事業者等記入欄> *ケアマネジャーがいない場合には、入所希望者の状態が
平成 年 月 日 分かる方(施設、病院の職員等)が必ずご記入ください。
事業者名 _____ 担当者名 _____

入所希望者の状況等特記すべき事項を記入して下さい。

同意書

私は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の申込みにあたり、下記事項について同意します。

- 入所申込書の内容及び入退所検討委員会の結果等情報を諏訪広域連合(保険者市町村)及び担当ケアマネジャー等の支援者に提示すること。
- 特別な理由なく入所を断るまたは長期に渡り状況の確認ができない場合には、待機者リストから除外してもよい。
- 入所申込書の内容等について担当ケアマネジャー等の支援者に照会すること。

年 月 日 申請者氏名 _____ 印 _____

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(実績)
 - その他施設が必要とするもの
- お願い

- ・ 申込後に要介護度の変更や介護者の状況等に変化があった場合、他施設へ入所された場合等、その都度、変更内容の連絡を希望施設へ必ずおこなってください。
- ・ 記載欄が不足する場合は別紙等(任意様式)をご使用いただき、添付してください。