

介護老人福祉施設入所申込書
(特別養護老人ホーム)

施設長様
入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入所希望者	ふりがな				性	男・女	生年月日	明・大・昭
	氏名				別			年 月 日 (歳)
	住所	〒						
					(TEL) (FAX)			
被保険者番号					要介護度	3 4 5 (1 2)		
保険者番号					保険者名			
初回要介護認定年月日	平成 年 月 日				認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
認定審査会の意見等								

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒						
					(TEL) (FAX)			
	ふりがな				入所希望者との続柄			
	氏名							
連絡先	住所	〒						
					(TEL) (FAX)			
	ふりがな				入所希望者との続柄			
	氏名							

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() ()
		() ()
	申し込み予定施設名	() ()
		() ()

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、記載した内容に変更が生じた場合は、速やかに連絡します。 また、特例入所対象者として施設が小牧市の判断を仰ぐ場合等に、小牧市からの求めに応じて申込書の内容を小牧市に報告することに同意します。	
	本人との続柄	
	平成 年 月 日	氏名 ()

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族等と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつか選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	(特別な医療的対応)				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(現在治療中の病気等)				
認知症等による行動障害 (行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし				
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	排尿	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	排便	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全て介助が必要
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年 月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	続柄	
	氏名							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無						
要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無							
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ）							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
担当居宅介護支援専門員の有無	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、事業所名及び担当者名もご記入ください。 （事業所名： _____ 担当者名： _____ ） <input type="checkbox"/> 無							
【特例入所を希望する場合は、該当するものにレ印をつけてください。（要介護1又は2の方のみ）】 <input type="checkbox"/> 認知症、知的障害・精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にご記入ください。） [_____]								
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用表及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。
- 3 特例入所要件に該当すると判断できる資料（特例入所を希望する場合のみ）
 （例）療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、主治医意見書等の写し

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況		
配偶者	子	孫
本人		
兄弟姉妹	甥姪	