介護老人福祉施設入所申込書

（特別養護老人ホーム）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　月　　　日 |
| 受付日 | 年　　　月　　　日 |
| 受付者 |  |

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | ふりがな |  | | | | | | | | | | 性  別 | | | 男・女 | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭・平・令 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | 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 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | 認定の | | | 年　　月　　日～ | |
| 有効期間 | | | 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 | □　当該施設のみ申し込む。　　□　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、入所申し込みに際し、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  　　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 | | □自宅で一人暮らしをしている　　□自宅で家族等と暮らしている  □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（　　　　　年　　　月から） | | |
| 入所希望時期 | | □今すぐ　□半年以内　□１年以内　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 入所を希望する理由  （該当するもの  をいくつでも選んでください） | | □介護する者がいないため | | |
| □介護する者が遠く離れたところに住んでいるため | | |
| □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 | | |
| □介護する者が就労していて介護することが困難なため | | |
| □介護する者の身体的・精神的負担が大きいため | | |
| □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  □施設や病院から退所（退院）を求められているため | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療に関する  状況 | | （特別な医療的対応）  □なし  □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素療法　□インシュリン注射　□人工透析  □人工肛門　□バルーンカテーテル　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| （現在治療中の病気等） | | |
| （その他健康状態に関する特記事項） | | |
| 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） | | | □該当なし | |
| □徘　　徊　　□不潔行為　　□不穏行動　　□自傷行為　　□暴力行為  □昼夜逆転　　□異食行動　　□火の不始末　□被害妄想  □そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □ほとんど毎日 　 □週３～４回程度 □週１～２回程度 　 □月数回程度 | |
| 介  護  に  関  す  る  状  況 | 飲水食事摂取  排　　尿  排　　便  入　　浴  歩　　行  衣服着脱  視　　力  聴　　力  意思の伝達 | | | □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □自分で出来る　□見守りが必要　□一部介助が必要　□全て介助が必要  □普通　□やや見えにくい　□かなり見えにくい　□全く見えない  □普通　□やや聞こえにくい□かなり聞こえにくい□全く聞こえない  □普通　□やや伝えにくい　□かなり伝えにくい　□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・令 | 続  柄 |  |
| 氏　　名 | |  | 年 　月 　日 |
| （　　　歳） |
| 居住関係 | | □同居　□別居（住所： ）  　　　　　　　　　　　　　入所希望者宅までの所要時間（　　　　　　　　　　分） | | | | | | |
| 就労状況 | | □就労していない　　□就労している　（週　　　日、週　　　時間程度） | | | | | | |
| 健康状態 | | □健康　□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 | | □障害有（　　　級・障害の種類：　　　　　　　　　）　□無 | | | | | | |
|  | | 要介護度 | □有（要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）　　□無 | | | | | | |
|  | | 他に対応を要する家族の有無 | □育児の必要な家族がいる（子どもの年齢　　　歳）  □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）  □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）  □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 | | | □同居親族に協力者がいる  □同居以外の親族に協力者がいる  □親族以外の協力者（近隣者など）がいる  □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 | | | □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：　　　　　　　　）  □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）】**  □　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  □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。） | | | | | | | | | |
| 【介護をし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・令  　　年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 就労状況 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 就労状況 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 就労状況 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 就労状況 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 就労状況 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近親者の状況 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 子 |  | 孫 |  |
|  |  | 配偶者 | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 本人 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 兄弟姉妹 | |  | 甥姪 |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |