

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	年	月	日
受付日	年	月	日
受付者			

入 所 希 望 者	ふりがな		性 別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	氏 名					
	住 所	〒 ー (TEL) (FAX)				
被保険者番号						要介護度
保 険 者 番 号						3 4 5 (1 2)
初回要介護 認定年月日		年 月 日				要介護度
認定審査会の 意見等		保 険 者 名				
		年 月 日				認 定 の 有効期間
		年 月 日 ~ 年 月 日				

※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	〒 ー (TEL) (FAX)		
	ふりがな		入所希望者 との続柄	
	氏 名			
連 絡 先	住 所	〒 ー (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 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か選んでください）		☐ 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	☐ 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			
	排　尿	☐ 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			
	排　便	☐ 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			
	入　浴	☐ 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			
	歩　行	☐ 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			
	衣服着脱	☐ 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			
視　力	☐ 普通 ☐ やや見えにくい ☐ かなり見えにくい ☐ 全く見えない				
聴　力	☐ 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				
意思の伝達	☐ 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 年 月 日 (歳)	続柄	
	氏 名							
	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

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		
配偶者 本人	子	孫
兄弟姉妹	甥姪	