

(様式1) ※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

## 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 入居申込書

入居を希望する者	フリガナ		保険者名						
	氏名		被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( )	歳	性別(男・女)	
	現住所	(郵便番号 - )			電話番号( - - )				
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)							
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる								
入居を希望する理由	該当するものはすべて選んでください。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 [ ]								
介護老人福祉施設 施設長 殿 貴施設に入居を希望するため、申し込みます。 貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入居申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 氏名 印 (続柄)									

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: -		
住所:		



◎入居申込者の状況

申込者名

サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている ( ・施設名又は医療機関名： ( 市・町・村 ) ) ( ・入所又は入院時期：平成 年 月から入所(入院)している。 ) ( ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。( いる ・ いない ) )
	<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ( ・入所していた施設名： ( 市・町・村 ) ) ( ・退所した時期：平成 年 月 退所 )
	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護( <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所介護( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 ( )
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
	<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由)
認知症などの状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない ( <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど) ) ( <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) ) ( <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にすること) ) ( <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる ) ( <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
入居申込者が要介護1・2の場合	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <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。 <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。 ※具体的状況 ( )

