

(記載例)

※申し込みを提出される時は介護保険被保険者証をご持参下さい

※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

指定介護老人福祉施設等入所申込書

入所を希望する者	フリガナ	あおまつ たろう	保険者名	日置市								
	氏名	青松 太郎	被保険者番号	3	6							
	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(- -)								
	入苑を申し込まれる方の現住所											
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> 現在の要介護度 <認定有効期間> 介護保険被保険者証の認定有効期間を記入する											
	<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									
入所を希望する理由	<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 { 該当する□にチェックをして、上記に当てはまらない場合は詳細に記入する }											
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム青松苑 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所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、入所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 申込書を記入された方の住所 氏名 上記の方の氏名、続柄 印 (続柄)												

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: -	申込をされる方の住所、昼間連絡のとりやすい方	
住所:	連絡のとれる携帯電話番号、氏名、続柄	

※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）

※口欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所 申込者と	住所	電話	備考	
	妻	青松 園子		同居 ・ 別居	同居、別居にかかわらず、配偶者、子供を全て記入 して下さい			
	長男	青松 市男		同居 ・ 別居				
	長女	日吉 町子		同居 ・ 別居				
				同居 ・ 別居				
				同居 ・ 別居				
主 た る 介 護 者	フリガナ	あおまつ そのこ		年齢	本人との関係	備考		
	氏名	青松 園子			続柄	(例) 妻		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 <small>〔具体的に〕</small> <input type="checkbox"/> にチェックして具体的に理由まで <small>妻の場合の記入例・・高齢で血圧が高く週一回通院、他、認知あり など</small>						
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人 } の看病等があり、介護困難な状態である <small>〔具体的に〕 <input type="checkbox"/> にチェックして具体的に理由まで 介護者が子供の場合の記入例・・母親が骨折した為、父親の面倒を見れなくなった など</small>						
		<input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である <small>〔具体的に〕 <input type="checkbox"/> にチェックして具体的に理由まで 介護者が子供の場合の記入例・・仕事をもっている為、土、日の介護しかできない など</small>						
		<input type="checkbox"/> 介護可能な状態である						
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中						
	介護歴	(例) H13年 7月頃から介護している (期間：約 年)						
介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 (例) 青松〇子 続柄 嫁) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 続柄)							
意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど] (例) 食事は自分でできず、全て介助である。オムツ使用しているが オムツをしたがらずとろうとする、夜眠らない、夜声をあげる 等							

◎入所申込者の状況

申込者名

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他施設や医療機関に入っている <input type="checkbox"/> 該当する口にチェックして施設又は医療機関名 所在地など記入してください ・施設名又は医療機関名： ・入所又は入院時期：令和 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 ）
	サービス等の利用状況	<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： <input type="checkbox"/> 該当する口にチェックして施設名、所在地など記入して下さい ・退所した時期：令和 年 月 退所
	サービス等の利用状況	<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"/> 該当する口にチェックして事業所、住所など記入して下さい <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	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） （例） 住宅が古く、生活は困難である・・・等
	住宅の状況	<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） （例） 資金がなく改修困難である・・・等
入所申込者が要介護1・2の場合	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 □ 徘徊（室内を含む） □ 暴言や暴力がある □ 不潔行為（排泄物をいじるなど） □ 妄想（物を盗られたなど） □ 介護拒否（入浴、着替えなど） □ 幻覚（現実にはないものが見える） □ 不穏（いらいらしている） □ 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） □ 異食（食べ物以外を口に作る） □ 昼夜の逆転がある □ 大声や奇声を出す □ 物を集める、無断で持ってくる □ その他（ ）
	特例入所の申立	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 （例） 日時がわからない。食事や薬を済んだ事を忘れている。同じ事ばかり何回も話す。物事の理解ができない。誰かがそばに居ないと何もできない。・・・等

