

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名		続柄	
	〒 _____			
	住所:			
	電話番号	() () () () () () () () () ()		

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)					
	氏名		男 女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請 予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください					
	自宅住所	〒 _____			電話番号	() () () () () () () () () ()			
	現在の居所	自宅	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> その他 ()						
		自宅以外	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院等に入っている <input type="checkbox"/> その他 ()						
			施設・病院等の名称			所在地	〒 _____		
		入所又は入院期間	平成 年 月 日から		電話番号	() () () () () () () () () ()			
	入所申込理由	<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"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()							
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難								
在宅介護継続期間	年 月		居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) ・ <input type="checkbox"/> 無					
申込日前月に利用中のサービス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月			
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月			
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月			
	短期入所療養介護	日/月	(その他に利用しているサービス等)						

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望 (1~3か月内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 () 年以内				
	利用している 居宅介護支援 事業所名	電話番号: ()	担 当 ケ ア マネージャー名			
	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ その他の病気 _____			身長	cm
	痴 呆 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歩行の 手 段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	他 施 設 へ の 申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)(箇所) 既に申し込んでいる他の施設名()()() 今後申し込む予定の施設名()()() 特養待機期間(他施設も含む) 年 か月				
	家 族 構 成	同 居	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 孫(人) <input type="checkbox"/> その他() 計 人			
	同居以外	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 孫(人) <input type="checkbox"/> その他() 計 人				
主な介護者の状況	(フリガナ)		性別	年齢	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	主な介護者の氏名		男・女	歳	住 所 : 電話番号: ()	
	意見等 (現状の介護で困っていることなど)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)				
	同居以外の親族・その他	無				
	有	1. 子(人) 2. 兄弟等(人) 3. 親族(続柄:) 4. その他()				
入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名: _____						
同意欄	今後、指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期について、保険者である市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____					
添付書類	①介護保険被保険者証(写し) ②直近3か月分のサービス利用表及び別表の(写し)[在宅サービスを未利用の場合は不要です。] ③介護保険要介護認定調査票基本調査票(写し) [堺市の場合: 認定の調査時にお渡ししている用紙です。] [他市の場合: その市の担当課へお問合せ下さい]					
その他	○要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせ下さい。 ○必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。 ○入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入下さい。					