

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 印

申請者 (連絡先) <input type="checkbox"/> 主介護者	〒 住所		氏名	
			電話 ()	
主介護者	フリガナ	性別	同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している	
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> その他()	
			本人との関係	

入所申込者	フリガナ	性別	保 険 者	
	氏名	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分 要介護(1・2・3・4・5)	

入所申込者	〒 現住所	
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()
入所申込者	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:) ※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)	

入所申込者	認知症行動障害等	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> 2割以上4割未満 <input type="checkbox"/> 4割以上6割未満 <input type="checkbox"/> 6割以上8割未満 <input type="checkbox"/> 8割以上

入所希望理由 (該当する項目 全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢のため <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 介護者が <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある ため 介護の負担が <input type="checkbox"/> 重 い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽 い <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため 介護者が <input type="checkbox"/> 就労している(□8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満) <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 随時) 介護者の介護への関わり方 <input type="checkbox"/> 介護不可 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 介護協力・補助者 <input type="checkbox"/> 同居の介助補助者 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり) <input type="checkbox"/> 別居血縁者 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり) <input type="checkbox"/> 近隣者等の介護協力 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり)

担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない
-----------	---

※申請者は、郵便物・電話等の連絡が取れる方をお願いします。
 ※要介護1・2の方で特別養護老人ホームへの入所希望される方は、介護支援専門員等に記入していただいた別紙様式1を一緒提出して下さい。