

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)	〒 住所	氏名	電話 ( )
□主介護者		携 帯 ( )	
主 介 護 者	フリガナ	性 別	同居の有無
	氏 名	男・女	□同居している □別居している □その他( )
		本人との関係	

入 所 申 込 書	フリガナ	性 別	保 険 者	
	氏 名	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	要 介 護 状 態 区 分	
	現 住 所	〒 ー	要介護(1・2・3・4・5)	
	居 住 状 況	□自宅	①□独居	②□介護可能家族等と同居
			③□介護困難家族等と同居	□高齢者(65歳以上)のみ世帯 □家族が障害や疾病 □家族が就労 □他の家族等の世話(育児等) □その他( )
				□介護老人保健施設 □介護医療院 □介護医療院以外の病院 □グループホーム □ケアハウス(□特定) □有料老人ホーム(□特定) □サービス付き高齢者向け住宅(□特定) □養護老人ホーム(□特定) □その他(施設名等: )
			※別居家族( □介護困難 □介護可能 □別居家族なし )	
			□なし □あり □とても多い *ある場合は行動内容をご記入ください→( )	
		認知症自立度 (I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)	障害自立度 (自立・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	
	食事形態	□経口摂取(自立、一部介助、全介助) □経管栄養(胃瘻、鼻腔、腸瘻)		
	在宅サービス利用率	□2割以上4割未満 □4割以上6割未満 □6割以上8割未満 □8割以上		
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □6ヶ月以内に入所したい □1年以内に入所したい □とりあえず申し込みたい		

入 所 希 望 理 由	主たる介護者が高齢のため □70歳以上 □60歳以上 □60歳未満  介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 介護者が □要介護・要支援状態 □病気療養中 □障害がある 介護の負担が □重 い □やや重い □軽 い □な し
	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 □就労している (□8時間以上 □4~8時間 □4時間未満) □他にも介護している □育児している (□常 時 □半日程度 □随 時 )  介護者の介護への関わり方 □介護不可 □非常に消極的 □やや消極的  介護協力・補助者 □同居の介助補助者 ( □ほとんどなし □随時あり □常時あり ) □別居血縁者 ( □ほとんどなし □随時あり □常時あり ) □近隣者等の介護協力 ( □ほとんどなし □随時あり □常時あり )
担当ケアマネジャー	□いる ※事業所名( )名前( ) □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と一緒に提出して下さい。