

届出日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所申込書

入所申込者(本人)の状況

フリガナ											
氏名	被保険者番号										
	性別										要介護度
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	有効期間					1・2・3・4・5
住所	〒										

介護サービスの利用状況

現在介護サービスを利用されている方は①にチェックを、施設(病院)などに入所(入院)されている方は②にチェックをしていただき、サービス内容や施設名等もご記入ください。

① 介護サービスを利用している

サービス種類	利用回数等	
訪問介護	<input type="checkbox"/> 週4回以上	<input type="checkbox"/> 週2~3回
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 週1回以上	
訪問看護、訪問リハビリステーション	<input type="checkbox"/> 週2回以上	<input type="checkbox"/> 週1回
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 利用あり	
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 利用あり	
通所介護・通所リハビリステーション	<input type="checkbox"/> 週2回以上	<input type="checkbox"/> 週1回
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 利用あり	
短期入所生活介護、短期入所療養介護	最近3か月の利用日数合計が <input type="checkbox"/> 20日以上 <input type="checkbox"/> 10~19日	
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 利用あり	
複合型サービス	<input type="checkbox"/> 利用あり	

② 施設(グループホーム、有料老人ホーム等)や医療機関に入所(入院中)

入所・入院の期間	施設・医療機関名	退所・退院の求め
年 月～現在		有・無

本人の身体状況

現在治療中の病気並びに過去の病気歴を記入してください。

--

現在医療的な処置を行なっているものがあれば、該当するものにチェックをしてください。

経管栄養 人工肛門 カテーテル 在宅酸素 インシュリン注射
 褥瘡の処置 その他 ()

他施設の申込状況

他施設への入所申込を行っている場合は記入をお願いします。

施設名	申込時期	年	月頃
施設名	申込時期	年	月頃

介護者(家族・親族)の状況

該当する項目にチェックしてください。

- 身寄りがなく介護する者がいない
- 介護する者がいない
(介護者が長期入院・入所、介護者が遠方に在住等により実質的に介護する者がいない)
- 介護する者はいるが、十分な介護力がない
(介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有している)
- 介護する者はいるが、介護に当たる時間を十分に確保できない
(介護者が要支援状態・高齢者である、就労している、他にも介護している、育児をしている)
- 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である
理由 ()

主たる介護者・申込者のご意見

介護上のお悩みや困っていることなどを記入してください

(例) 認知症による問題行動、住居など問題、介護疲れ、将来への不安 等

担当ケアマネジャー及び入所施設・入院先医療機関のご意見

(注) 協力を得ることが出来れば記入・協力をお願い致します。

氏名		事業所名	電話番号 ()
介護老人福祉施設に入所する必要性などについて意見を記入してください。			
本人の認知症状況 (認知症老人の日常生活自立度)	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		

入所場所

入所を希望される部分へのチェックをお願い致します。

- 多床型(4~2人部屋)へ入所申し込みをする
- ユニット型(個室)へ入所申し込みをする
- 多床型、ユニット型の両方に入所申し込みをする

説明確認及び同意書

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

本人氏名			
申込者氏名	印	続柄	
住所	〒		
	電話番号 ()	ファックス番号 ()	
	携帯電話番号		