

入 所 申 込 書

申込年月日		年 月 日		来 荘 ・ ケアマネ持参 ・ 郵送							
本 人	フリガナ			明治・大正・昭和		性別	男・女				
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)						
	住所	郵便番号(-)			電話番号		()				
保険者名				被保険者番号							
要介護度		1・2・3・4・5		認定の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ			続 柄		年 齢		歳		□同居 □別居	
	氏名										
	住所	郵便番号(-)			携帯番号		()				
					電話番号		()				
その他の連絡先	郵便番号(-)			電話番号		()					
家 族 等 の 状 況	氏名			続 柄		年 齢		歳			
	氏名			続 柄		年 齢		歳			
	氏名			続 柄		年 齢		歳			
	氏名			続 柄		年 齢		歳			
	氏名			続 柄		年 齢		歳			
居 宅 支 援 事 業 者 介 護	事業所名				電話番号		()				
	フリガナ			備 考							
担当者名											

【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つたにもかかわらず、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ら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。

・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込者の状況について確認することに同意します。

・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

年 月 日

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

施設記入欄

受付担当者名			職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()	
受付年月日	年 月 日		備 考		

介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない		
		2. 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)		
		3. 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 □ 病氣療養中 □ 障害がある)		
		4. 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。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している)		
		5. 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。		
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。		
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。		
入所者本人の状況	現該(□内は該当項目にチェック) 在当のする住居番号及び介護サービスの利用状況	1. 施設 (施設名: _____ 年 月から入所) <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		2. 病院 (病院名: _____ 年 月から入院) (病名: _____) <input type="checkbox"/> 経管栄養(□経鼻経管 □胃ろう) □カテーテル □酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン □透析 □気管切開 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス		
		施設名1	_____	申込 予定・済
		施設名2	_____	申込 予定・済
		施設名3	_____	申込 予定・済
		特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無	
		その他		