

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

(代筆者

)

申 込 者 連 絡 先 (家族等代理の方の場合)	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																											
	氏 名		男 女	保険者(番号)																										
				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 自宅以外 に居住して いる場合に 記入	自宅で単身 高齢者のみの世帯 自宅で家族と暮らしている 他の施設や病院に入っている 施設・病院 の 名 称 所 在 地 〒 - 入所又は入院期間 平成 年 月から(年 か月) 電 話 番 号 ()																												
	入 所 申 込 理 由	介護する者がいないため 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 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 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 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 居住環境の事情により十分な介護が困難なため 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 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 その他()																												
	本 人 の 入 所 意 向	入所を希望している 迷っている 拒否している 知らせていない 認知力低下により理解困難																												
	在 宅 介 護 継 続 期 間	年 か月										居宅サービスの利用の有無										有(下記についても記入してください) 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																												

本人の状況	入所希望時期	早期希望（１～３か月内） ６か月以内 １年以内 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	経管栄養 胃ろう 酸素療法 インスリン自己注射 ストーマ(人工肛門)処置 カテーテル 中心静脈栄養 その他（ ） 現在治療中の病名 受診している医療機関 【特記事項】				
	他施設への申込状況	当該施設のみ申込み 他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申込んでいる（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				
主たる介護者の状況	家族構成	親 配偶者 子 孫 その他（ ） 計 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄（ ） 同居 別居
	主たる介護者の氏名		男・女	満歳		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・援助者の有無	１．子 ２．兄弟・親戚等 ３．親族はないが援助者あり ４．親族・援助者なし					
入所の申込みに当たり、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及びくすのき広域連合に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名： _____					

注１ 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近３か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注２ 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ください。

注３ 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。

注４ 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、ありのままご記入ください。