

入所申込書(記入例)

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 令和 〇年 〇月 〇日 氏名 <u>介護 太郎</u> 印
-----	---

申請者 (連絡先)	〒 〇〇〇-××××	氏名	介護 次郎
	〇〇県△△市◎◎区	電話	〇〇〇(△△△)□□□□
	□□町◇丁目××番地	携帯	〇〇〇(△△△△)□□□□
		入所申込者との関係	子

入所申込者の状況	フリガナ	カイゴ タロウ	性別	保険者	□□町
	氏名	介護 太郎 印	男・女	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	生年月日	明・大(昭) 〇年 〇月 〇日		要介護状態区分	要介護(1・(2)・3・4・5)
	現住所	〒〇〇〇-×××× 〇〇県△△郡□□町◇丁目××番地		要介護認定有効期間	令和 〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 〇年 〇〇月 〇〇日まで
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 平成 年 月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように) 認知症により、食事を勝手に出して食べたり、勝手に外に出てしまうなど、常時見守りが必要な状態であり、日常生活に支障をきたしている。			
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名：特別養護老人ホーム××園)			

主介護者	フリガナ	カイゴ ハナコ	性別	入所申込者との関係	妻
	氏名	介護 花子	男・女	生年月日	明・大・昭・平 〇年 〇月 〇日
	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外) <input type="checkbox"/> その他()			

その他の介護者	氏名	介護 次郎	年齢	〇〇	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(<input checked="" type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	子
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）] <p style="color: red;">夫婦のみの世帯であり、入所申込者は認知症により、常時見守りがないと、勝手に冷蔵庫を開けて食材を食べたり、いつの間にか外に出て行ってしまふなど、在宅生活が困難な状況である。 また、妻も病弱であり、体の調子が優れないことが頻繁にあるため、介護することが難しい。</p>	
	備考 担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ○○居宅介護支援事業所 ） 担当者（ ○○ ○○ ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】 【受付印】	
------------------	--

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

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	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 (印)
-----	---

申請者 (連絡先)	〒	氏名	
		電話	
		携帯	
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性別	保 険 者	
	氏名	印	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)
	現住所	〒		要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成 年 月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名：)			
主介護者	フリガナ		性別	入所申込者との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()			
その他の介護者	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係

