





書き方見本

提出日 令和 年 月 日

入所申込書(特別養護老人ホーム高竜園)

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 元年 5月20日 氏名 世羅 花子

申請者(連絡先)
〒722-1121 住所 世羅 花子
広島県世羅郡世羅町大字西上原426-11
氏名 世羅 花子
電話 0847(22)3478
携帯 090(1234)5678
入所申込者との関係 長女

入所申込者の状況
フリカナ セラ タロウ 性別 男性
保険者 世羅町
氏名 世羅 太郎
被保険者番号 0000123456
要介護状態区分 要介護(1・2・3・4・5)
生年月日 明・大・昭14年1月1日
認知症自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
現住所 〒722-1121 広島県世羅郡世羅町西上原426-11
要介護認定有効期間 平成30年8月1日から令和2年7月31日まで
状況
住環境
特例入所の理由
入所希望時期
医療の状況
特養申請状況

主介護者
フリカナ セラ ハナコ 性別 女性
入所申込者との関係 長女
氏名 世羅 花子
生年月日 明・大・昭・平 25年2月1日
同居有無 同居

その他の介護者
氏名 世羅 一郎 年齢 65
氏名 世羅 大地 年齢 35
氏名
氏名
氏名
氏名

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）〕  出来るだけ詳しく記入して下さい。	
	備考	担当ケア マネジャー
	<input checked="" type="checkbox"/> いる	※事業所名（ ○□△居宅介護事業所 ）名前（ 甲山 姫子 ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】 受付者:
-----------------

### お願い

・申込に必要な書類は ①～③は必須

①当申込書 ②調査票(別紙様式2) ③介護保険証の写し(持参も可)

④直近3カ月のサービス利用表及び別表（在宅介護を受けられている方は必須）

⑤介護支援専門員等の意見書(別紙様式3)

※④はサービス利用実績のある方のみ ⑤は任意提出

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。

# 調査票

記入日		令和 年 月 日		記入者	氏名		入所申込者との関係		
					所属名				
					所属住所	〒			
					電話	( ) -			
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄		
	氏名								
	現住所	〒							
	医療状況	現在治療中の病名							
		主治医病院名・病院住所・担当医師名							
在宅サービス利用率	[ ] %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出							
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度: ( )〕 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD)有 <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 知的障害有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし							
手帳の有無	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ( ))							
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ( ))							
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ( ))							

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護支援専門員等 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____ )	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____ )	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____ )	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____ )	
	<input type="checkbox"/> その他 内容: _____ )	
その他特記事項		
意見		

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

### 介護支援専門員等の意見書

[介護支援専門員等 ⇄ 施設]

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)	
所属名 (施設名・病院名)	
所属住所	
電話番号	( ) -

記入年月日	令和 年 月 日	記入者氏名	
介護支援専門員等の意見	被保険者番号		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	フリガナ		
	入所申込者氏名		
現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。) 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】			
入所についての本人及び家族の意思			
その他特記すべき事項等			

※深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員、病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出する。(作成は任意であり、入所申込時に添付する必要はない)