

有効期限

令和 9年 9月 30日

様式1

(特別養護老人ホーム 回生園式番館)

入 所 申 込 書

申込年月日		令和 年 月 日		受付番号	
入 所 申 込 者	フリガナ 氏 名	生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	住 所	郵便番号(-)		電話番号	()
	連絡先	郵便番号(-)		電話番号	()
	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	
	要介護度	1・2・3・4・5		有効期間	
	現在の住居	☐ 自宅 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム(ケアハウス) ☐ グループホーム ☐ 介護付き有料老人ホーム ☐ 住宅型有料老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 一般病院 ☐ その他()			
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏 名	続 柄		備 考	
	住 所	郵便番号(-)		電話番号	()
	連絡先1	郵便番号(-)		電話番号	()
	連絡先2	郵便番号(-)		電話番号	()
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名	事業者番号			
	住 所	郵便番号(-)		電話番号	()
	フリガナ 担当者名	備 考			
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
	施設名2	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
	施設名3	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
入所希望時期		☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃入所したい			

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 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
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能にな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、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名

(続柄

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
- ☐ 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- ☐ 家族等により深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			

調 査 票

調査年月日		令和 年 月 日		受付番号	
フリガナ				男・女	
入所申込者名				生年月日	
				明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	
	要介護度	1・2・3・4・5		認知症行動	
	認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		ほぼ毎日・週1~2回程度・なし	
		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無		有(級)・無	
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		有(級)・無		
介護サービス等の利用状況	現在の住居	☐ 自宅 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム(ケアハウス) ☐ グループホーム ☐ 介護付き有料老人ホーム ☐ 住宅型有料老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 一般病院 ☐ その他()			
		年 月頃 より入所・入院中		施設名	
	居宅介護サービス別単位	☐ 訪問介護	単位	☐ 通所リハ	単位
		☐ 訪問入浴介護	単位	☐ 短期入所生活介護	単位
		☐ 訪問看護	単位	☐ 短期入所療養介護	単位
		☐ 訪問リハ	単位	☐ 夜間対応型訪問看護	単位
単包単位	☐ 通所介護	単位	☐ 認知症対応型通所介護	単位	
	上記合計	0 単位 ÷ 26,022 × 10 = 0 割			
	☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 ☐ 週5日以上 ☐ 週3~4日 ☐ 週2日以下				
介護者等の状況	介護者1	フリガナ			同居・別居
		氏名			
		続柄	年齢	歳	
		住所	〒		
	介護者2	フリガナ			同居・別居
		氏名			
続柄		年齢	歳		
住所		〒			
介護者の障がい・疾病等		☐ 介護困難 ☐ 多少困難 ☐ 介護可能 ☐ 複数介護・育児・就労 ☐ 無し ☐ 有り ☐ 他の介護協力 ☐ ほとんど無し ☐ 随時有り ☐ 常時有り			
住居	市内外の居住状況 ☐ 市内 ☐ 市外				
特記事項	家族等による介護拒否		☐ 理由:		
	遠距離介護		☐ 理由:		
	長期にわたる介護		☐ 理由:		
	サービス不十分		☐ 理由:		
	施設等からの退所		☐ 理由:		
	住環境問題		☐ 理由:		
	居宅サービス利用状況		☐ 理由:		
	在宅における医療的処置		☐ 理由:		
	特に考慮すべき認知症症状		☐ 理由:		
	地域への配慮		☐ 理由:		
その他		☐ 理由:			
備考					

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()