

(別紙様式1)

【☐特例(要介護1又は2) ☐要介護3～5】

受付日 令和 年 月 日

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 | 入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。<br>また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。<br>令和 年 月 日 氏名 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |        |         |
|--------------|--------|---------|
| 申請者<br>(連絡先) | 〒 ー 住所 | 氏 名     |
|              |        | 電 話 ( ) |
|              |        | 携 帯 ( ) |

|                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|
| 入<br>所<br>申<br>込<br>者 | フリガナ                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 性 別                                                             | 保 險 者                                                                                                                                                                                       |                  |  |  |
|                       | 氏 名                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 男・女                                                             | 被 保 険 者 番 号                                                                                                                                                                                 |                  |  |  |
|                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | 要 介 護 状 態 区 分                                                                                                                                                                               | 要介護( 1・2・3・4・5 ) |  |  |
|                       | 生年月日                                                                                                            | 明・大・昭 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
|                       | 現 住 所                                                                                                           | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 要 介 護 認 定<br>有 効 期 間                                            | 令和 年 月 日から                                                                                                                                                                                  |                  |  |  |
|                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | 令和 年 月 日まで                                                                                                                                                                                  |                  |  |  |
|                       | 居住状況                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 独居                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
|                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居 | <input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯<br><input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病<br><input type="checkbox"/> 家族が就労<br><input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等)<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                  |  |  |
|                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居                                                                                                                                                         |                  |  |  |
|                       |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院<br><input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定)<br><input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定)<br><input type="checkbox"/> その他(施設名等:<br>※別居家族( <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし ) |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
| 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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
|                       | [要介護1又は2の入所申込者のみ記入]<br>※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、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |
| 特列入所理由                |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                  |  |  |

