

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	/	/
受付日	/	/

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	

特別養護老人ホームに入所したいので
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム いこいの里「あい」	保険者	※市町村名
フリガナ		性別	
氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現住所	〒 —		
現況	<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"/> 特養などの施設や病院に入っている ※「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 令和 年 月 日から入所・入院している		
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯()	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者はいない <input type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 主たる介護者以外に必要時に協力者有り	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 75歳以上(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 60~74歳 <input type="checkbox"/> 60歳未満	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 健康である	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ほとんど時間が取れない(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> 十分に介護に当たる時間あり	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 良好	
生活・経済 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> 自宅等 <input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <input type="checkbox"/> 入所中で退所の働きかけがある → <input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 6~12ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月未満	
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の80%以上	
	住居	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない	
	利用者負担限度額	<input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 申請中	
	社会福祉法人軽減	<input type="checkbox"/> 軽減証なし <input type="checkbox"/> 軽減証あり <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 申請中	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】		
生活歴	出生	その他	
	学歴・職歴		
	結婚歴・子供		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () ()		
主たる 介護者	フリガナ	性別	本人との関係
	氏名		生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:)	
	意見	【介護をしている上で困っていること等】	
紹介事業所	電話番号	— —	
	担当介護支援相談員		

<同意確認欄>

入所申込に関する情報について、市町村または都道府県から状況把握のために提示を求められた場合、施設がこれを提示することについて同意します。
 入所要件の判定や、入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申し込みを無効とすることについて同意します。

申込者 氏名: _____