

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3～5】

受付日 平成 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。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。 平成 年 月 日 氏名 印
-----	---

申請者 (連絡先)	〒 - 住所	氏名
		電話 ()
		携帯 ()

※該当するものに、○印やレ点チェックのうえ、その状況を記入してください。

入所申込者	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	
	居住状況	□自宅	□独居		
			□介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()
			□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 <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) <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) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)				
	※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 <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、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)				

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とらへえず申し込みたい			
	医療の状況	特別な医療対応 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(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()	治療中の病気など		
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日)			
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()			
家族状況	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	本人との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	本人との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	本人との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	本人との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	本人との関係
入所希望理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。				
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
 ※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3~5】

受付日 平成 年 月 日

入 所 申 込 書

原則、本人の意思が確認できる場合は、本人氏名。意思確認ができない場合は代理人氏名を記載。

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。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。 平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日 氏名 尚 和 花 子 印 代理人 尚 和 太 郎 印
-----	--

申請者 (連絡先)	〒△△△-△△△△	氏名 尚和 太郎
	住所 岐阜県揖斐郡 ○○町○○△△番地	電話 △△△△ (△△) △△△△
		携 帯 △△△ (△△△△) △△△△

※該当するものに、○印やレ点チェックのうえ、その状況を記入してください。

フリガナ	ショウワ ハナコ	性別	保 険 者	揖斐広域連合 など
氏 名	尚和 花子 (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	〒△△△-△△△△ 岐阜県揖斐郡○○町○○△△番地	要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成△△年△△月△△日から 平成△△年△△月△△日まで	
入所申込者 居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 難家族等と同居 <input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()	
	<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 <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) <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) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)			
	※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 <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、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) (記載例) ・認知症があり、勝手に外へ出て行ったり、深夜の徘徊がひどく、介護が大変です。 ・統合失調症による幻聴や妄想がひどく、頻繁に指示や見守りが必要で大変です。 ・介護のイライラから叩いてしまいケガをさせてしまうことがあり助けてほしいです。 ・一人暮らしであり、家族が通って介護しています。近隣の方にも、ごみ出しなど支援していただいておりますが、限界もありますのでお願いします。 ※あくまでも書き方の例です。特例入所に該当するか否かは、介護サービスの利用状況や地域の支援体制など踏まえ、総合的に判断されますので、上記の例により即、要件を満たすわけではありません。			

該当箇所にレ点チェックを入れて下さい。その他を選択した場合は、必要事項を記載してください。

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input checked="" type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> おしあえず申し込みたい				該当箇所には点チェックを入れて下さい。その他を選択した場合は、必要事項を記載してください。			
	医療の状況	特別な医療対応 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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()	治療中の病気など (記載例) 15年位前 ○○病院で胃がんの手術を受け、3分の1を切除しました。 8年位前 脳梗塞を起こし、左側に軽い麻痺が残りました。 血圧の薬、血液の流れをよくする薬、胃薬を飲んでます。白内障の目薬を挿しています。 月に1回○○病院内科に通院しています。2ヶ月に1回小森眼科に通院しています。						
	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: (申込時期: 年 月 日))				該当箇所には点チェックを入れて下さい。他の施設に申請しているにチェックした場合は、施設名を記載して下さい。			
主介護者	フリガナ	ショウワ タロウ		性別	本人との関係	長男			
	氏名	尚和 太郎		男・女	生年月日	明・大・昭△△年△△月△△日			
同居家族	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()							
	氏名	尚和 一子	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	△△	本人との関係	長男の妻		
	氏名	尚和 大介	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	△△	本人との関係	孫		
	氏名	尚和 すみれ	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢	△△	本人との関係	孫の妻		
	氏名	尚和 二郎	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	年齢	△△	本人との関係	次男		
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年齢		本人との関係			
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(□介護者が長期入院・入所 □介護 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が □高齢 □要介護・要支援状態 □病気療養中 □障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が □就労している □他にも介護している □育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。						該当箇所には点チェックを入れて下さい。その他を選択した場合は、必要事項を記載してください。	
	備担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない							

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
 ※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。