

入所希望者の状況

(フリガナ) 氏名	保険者										
	被保険者番号										

生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性別	男・女
------	-------	---	---	---	-------	----	-----

現住所	〒	—	TEL
-----	---	---	-----

要介護度	介護度 1 ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 ・ 介護度 4 ・ 介護度 5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
------	---

現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で1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"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※病院名または施設名 : _____ ※入院(所)時期 年 月 ~ _____ <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
-----------	---

「要介護1又は2」特例入所者用

要介護1または2の方については、以下の該当するものにレ印をつけてください。

認知症であり、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。

知的障害、精神障害等であり、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。

療育・障害者手帳あり 療育・障害者手帳なし

家族等による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。

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。

※上記にあてはまる具体的な事由を記入してください。

医療の状況 *当てはまるものに、レ印を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 治療中及び既往歴など、その他特に注意すること
希望入所の時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 特に希望はない
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり

申 込 者 欄 < 家 族 等 >

フリガナ 氏 名		本人と 続柄	
住 所 (郵便物の送付や施設からの連絡先) ※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方を願います。 〒		家族構成	
TEL		- -	

説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 署 名 </div>
-------	--

申 込 代 理 者 欄 < 介 護 支 援 専 門 員 >

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員	(フリガナ) 氏 名	連絡先 電話番号	- -
--------------------	---------------	-------------	-----

介護支援事業所名	
----------	--

代理申込を行う介護支援専門員の意見	
-------------------	--

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理者欄<家族等>に記入して下さい。

説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 代理申込 介護支援専門員署名 </div>
-------	---

※添付書類 被保険者証の(写)