

(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

入所希望施設（入居を希望される施設に□を入れてください。複数の施設の申込みができます）

- 特別養護老人ホーム大洞岐協苑
 地域密着型特別養護老人ホーム 第2大洞岐協苑

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。		
	令和 年 月 日	氏名	

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	
		電話 ()	
		携帯 ()	

入所申込者	フリガナ			性別	保険者										
	氏名			男・女	被保険者番号										
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)									
	現住所	〒 一		要介護認定期間 有効期間	年 月 日から										
					年 月 日まで										
	居住状況	□自宅	<input type="checkbox"/> 独居 <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"/> 介護困難家族等と同居 <input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居 ※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)												
			<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:)												
		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()												
			<input type="checkbox"/> [要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けて下さい。												
特例入所理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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														

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年内に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい			
	医療の状況	<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() <input type="checkbox"/> 上記どれにも該当しない			
	収入状況 (年間所得)	<input type="checkbox"/> 80万円未満 <input type="checkbox"/> 80万円 以上 120万円 未満 <input type="checkbox"/> 120万円 以上 200万円 未満 <input type="checkbox"/> 200万円以上			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみの申請 <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	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()			
同居家族 (主介護者も含む)	氏名	年齢		本人との関係	
	氏名	年齢		本人との関係	
	氏名	年齢		本人との関係	
	氏名	年齢		本人との関係	
	氏名	年齢		本人との関係	
	氏名	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 <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(65歳以上) <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。 (理由:)			
備考	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			

【当施設記入欄】

※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。

記入例

(別紙様式1)

【□特例(要介護1又は2) □要介護3~5】

施設側にて記入

受付日 令和 年 月 日

必ずチェックを入れて下さい

入所申込書

入所希望施設 (入居を希望される施設に□を入れてください。複数の施設の申込みができます)

- 特別養護老人ホーム大洞岐協苑
 地域密着型特別養護老人ホーム 第2大洞岐協苑

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。		
	令和〇年〇月〇日	氏名	岐協 福男

申込対象者名
又は
申請者名

申請者 (連絡先)	〒501-3124 住所 岐阜市大洞3-3-1	氏名 岐協 福男
		電話 058(241)7676
		携帯 090-XXXX-XXXX

フリガナ	ギキョウ フクコ	性別	保険者	岐阜市
氏名	岐協 福子	男(女)	被保険者番号	0000000000
生年月日	明・大・昭 10年1月1日		要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)
現住所	〒501-3124 岐阜市大洞3-3-1		要介護認定 有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで

居住状況 入所申込者	□独居
	■自宅 ■介護困難家族等と同居 □介護可能家族等と同居 ※別居家族(■介護困難 □介護可能 □別居家族なし)
□介護老人保健施設 □介護療養型医療施設 □介護療養型医療施設以外の病院 □グループホーム □ケアハウス(□特定) □有料老人ホーム(□特定) □サービス付き高齢者向け住宅(□特定) □養護老人ホーム(□特定) □その他(施設名等:)	

要介護1
又は
要介護2
の方のみ
記入

住環境	■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 □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 □その他()
特例入所理由	<p>【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する事が必要です。 ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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できず、かつ、地域での介護サービス支援の供給が不十分である</p>

入所申込者	入所希望時期	<input checked="" 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"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい				
	医療の状況	<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 checked="" 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()				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみの申請 <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: A苑) (申込時期: ○○年○月○日)				
主介護者	フリガナ	ギキョウ フクオ	性別	本人との関係	夫	
	氏名	岐協 福男	(男)女	生年月日	明・大(昭) 10年1月1日	
	同居有無	■同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()				
同居家族	氏名	岐協 福男	年齢	84歳	本人との関係 夫	
	氏名	〃 太郎	年齢	60歳	本人との関係 長男	
	氏名	〃 花子	年齢	58歳	本人との関係 長男の妻	
	氏名	〃 苑子	年齢	20歳	本人との関係 孫	
	氏名		年齢		本人との関係	
	氏名		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 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input checked="" 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 <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 checked="" 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 <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。 (理由:)					
	備考	担当ケアマネージャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる ※事業所名(○○ケアマネセンター)名前(大洞 K子) <input type="checkbox"/> いない			

同居者すべて記入(主たる介護者も含む)

【当施設記入欄】

こちらは施設側が記入します

※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。