

特別養護老人ホームいろは入所申込書（表）

特別養護老人ホームいろは
施設長様

申 込 日	令 和	年	月	日
受 付 日	令 和	年	月	日

【申込者】

		住 所	〒	
現在の担当 マネージャー		(ふりがな)		本人との関係
事業所名	TEL ()	氏 名		
		電 話 番 号	()	

特別養護老人ホームいろはへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	草 加 市 ・ () 市		
			男	被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5		
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
人	現在利用している 在宅サービスの 状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;"> 1 訪問介護 (月 回 / 週 回) 2 訪問入浴介護 (月 回 / 週 回) 3 訪問看護 (月 回 / 週 回) 4 訪問リハビリテーション (月 回 / 週 回) 5 通所介護 (月 回 / 週 回) </td> <td style="width: 50%;"> 6 通所リハビリテーション (月 回 / 週 回) 7 短期入所生活介護 (月 回 / 週 回) 8 短期入所療養介護 (月 回 / 週 回) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他 </td> </tr> </table>				1 訪問介護 (月 回 / 週 回) 2 訪問入浴介護 (月 回 / 週 回) 3 訪問看護 (月 回 / 週 回) 4 訪問リハビリテーション (月 回 / 週 回) 5 通所介護 (月 回 / 週 回)	6 通所リハビリテーション (月 回 / 週 回) 7 短期入所生活介護 (月 回 / 週 回) 8 短期入所療養介護 (月 回 / 週 回) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他
1 訪問介護 (月 回 / 週 回) 2 訪問入浴介護 (月 回 / 週 回) 3 訪問看護 (月 回 / 週 回) 4 訪問リハビリテーション (月 回 / 週 回) 5 通所介護 (月 回 / 週 回)	6 通所リハビリテーション (月 回 / 週 回) 7 短期入所生活介護 (月 回 / 週 回) 8 短期入所療養介護 (月 回 / 週 回) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他						
の	認知症等による不応行動	非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし					
状	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】					
況	入所を希望する理由	1 介護者がいないため () 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7 その他 ()					

特別養護老人ホームいろは入所申込書（裏）

介 護 者 の 状 況	主介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別	本人との関係
		生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		
		同 居 の 区 分	1 同 居 2 別 居 (住所)		
介 護 期 間	主介護者の就労状況		主介護者の育児の状況		主介護者の健康状態
	1 あり () 2 なし		1.あり(該当するものに○) ・常時の(育児・看病)が必要 ・半日の(育児・看病)が必要 ・時々(育児・看病)が必要 ・65歳以上の高齢世帯のみである 2.なし		1. 良好 2. 不良(該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能
	主介護者の就労状況		主介護者の育児の状況		主介護者の健康状態
そ の 他	準介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別	本人との関係
		同 居 の 区 分	1 同 居 2 別 居 (住所)		
		介 護 の 状 況	介護困難	・ 多少介護可能	・ 介護可能
そ の 他	入 所 を 希 望 す る 時 期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい			
	申 込 み の 状 況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：			
	待 機 期 間	年 月 日			
	居 宅 に お い て 日 常 生 活 を 行 う こ と が 困 難 で あ る こ と に つ い て の や む を 得 な い 事 由 (要 介 護 度 1 又 は 2 の み 記 載)	<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等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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な状況である			
説 明 確 認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏 名：				

- ※1 介護保険者証コピー、サービス利用票・別表のコピー(3ヶ月分)、認定調査票のコピー、負担限度額認定証(お持ちの方)、薬情(薬の説明書き)を添付して下さい。
- ※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。
- ※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。