

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 平成 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)	
	氏名		男 女		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である、若しくは育児、就労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。				
	障害の程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)				
	自宅住所	〒	電話番号			
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている				
	入所申込理由	施設・病院の名称	所在地	〒 -		
		入所又は入院期間	平成 年 月から( 年 か月)	電話番号	( )	
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				



## 入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

### 記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
  
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

### 【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： \_\_\_\_\_

家族等代理の方 氏名： \_\_\_\_\_

主たる介護者の方 氏名： \_\_\_\_\_